

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Husitská teologická fakulta

Bakalářská práce

Praha 2009

Alena Votrubová

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Husitská teologická fakulta

Bakalářská práce

Podpora rodiny se znevýhodněným členem

Support for a family with a disabled member

Vedoucí práce:

prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.

Autor:

Alena Votrubová

Praha 2009

Poděkování

Děkuji prof. PhDr. Beátě Krahulcové, CSc. za hodnotné rady a odborné vedení během práce na mé bakalářské práci, Tomáši Lancovi za příspěvky do mé práce a v neposlední řadě za podporu ze strany mé rodiny.

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla umístěna v Ústřední knihovně UK a používána ke studijním účelům.“

V Praze dne 18. srpna 2009

.....

Alena Votrubová

Anotace

Bakalářská práce „Podpora rodiny se znevýhodněným členem“ se zaměřuje na podporu a možnosti pomoci lidem s tělesným postižením a jejich rodinám v nelehké životní situaci. Konkrétně pojednává o osobách s dětskou mozkovou obrnou a způsobech podpory takto znevýhodněného jedince v rámci České republiky. Vychází jak z teoretických poznatků, publikací, zákonů, praktických zkušeností získaných při výkonu osobní asistence, tak z informací klientů s tělesným postižením. Cílem práce je zmapovat systém podpory osob se znevýhodněním v České republice. Začátkem práce se autorka zabývá náhledem na rodinu z mnoha pohledů a pozice člověka s handicapem v rodině. Dále na vztah rodičů a sourozenců k dítěti s postižením. V další části se autorka věnuje v podrobné kazuistické studii člověku postiženému dětskou mozkovou obrnou a jeho životní cestě. Dále je práce zaměřena na odborný výklad forem, diagnostiky a projevů dětské mozkové obrny. Zmiňuje se též o možnostech integrace a komprehenzivní rehabilitaci. Těžiště práce spočívá ve vymezení současných možností podpory jedinci se zdravotním postižením ze zákona, především z hlediska sociálního zabezpečení, sociálních služeb a důchodového pojištění. Závěrem autorka odpovídá na stanovený cíl práce.

Klíčová slova

Rodina, znevýhodněný člen, tělesně postižený člověk, kazuistika, dětská mozková obrna, integrace, komprehenzivní rehabilitace, sociální služby, sociální zabezpečení, důchodové pojištění

Annotation

This bachelor's thesis, „Support for a family with a disabled member,” focuses on the support and possibilities of helping people with physical disabilities and their families in difficult life situations. Concretely it deals with people with cerebral palsy and ways of supporting these disabled individuals within the framework of the Czech Republic. The thesis is based on theoretical knowledge gained from publications and laws, hands-on experience acquired in service as a personal care assistant, as well as information provided by clients with disabilities. The aim of this thesis is to map the system of support for a disabled person in the Czech Republic. In the first part of the thesis, the author takes a look at the family from different angles and also the position of a disabled person within the family. In addition the thesis focuses on the relationship of both parents and siblings to the disabled child. The next part is devoted to a detailed case study of a disabled person with cerebral palsy and his way of life. In addition the thesis focuses on the special interpretation of forms, diagnostics and manifestations of cerebral palsy. The author also mentions the possibilities of integration and comprehensive rehabilitation. The motivation for this thesis rests on the specification of support for an individual with disabilities according to the law, above all the aspect of social security, social services and retirement insurance. At the end of the thesis, the author gives an answer to the target questions set at the beginning of the work.

Keywords

Family, disabled member, physical disabilities, case study, cerebral palsy, integration, comprehensive rehabilitation, social services, social security, retirement insurance

OBSAH

ÚVOD	8
1 RODINA.....	9
1.1. Znevýhodněný člověk v rodině	11
1.1.1. Rodiče postiženého dítěte	12
1.1.2. Fáze krize rodičovské identity	12
1.1.3. Pozice sourozence postiženého dítěte.....	12
2 KAZUISTIKA ČLOVĚKA S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM.....	15
2.1. Rodinná anamnéza (RA)	16
2.2. Osobní anamnéza (OA)	16
2.3. Školní anamnéza.....	17
2.4. Diagnostika	18
2.5. Rehabilitace.....	18
2.5.1. Léčebná rehabilitace	19
2.5.2. Technická rehabilitace	20
2.5.3. Ekonomická rehabilitace	21
2.6. Integrace	21
2.7. Volnočasové aktivity.....	23
2.8. Komunikace a rodinné vztahy	24
2.9. Současný stav	24
2.10. Dědičnost.....	25
2.11. Vlastní sociální poradenství	25
3 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA	27
3.1. Centrální obrny.....	27
3.2. Základní údaje o dětské mozkové obrně.....	28
3.2.1. Prevalence dětské mozkové obrny v populaci	29
3.3. Formy dětské mozkové obrny.....	30
3.3.1. Spastické formy dětské mozkové obrny	30
3.3.2. Diparetická forma dětské mozkové obrny	31
3.3.3. Hemiparetická forma dětské mozkové obrny	32
3.3.4. Oboustranná hemiparéza	34
3.3.5. Kvadraparetická forma dětské mozkové obrny	34
3.3.6. Nespastické formy dětské mozkové obrny	36
3.3.7. Dyskinetická forma dětské mozkové obrny	36
3.3.8. Hypotonická forma dětské mozkové obrny	37
3.4. Další postižení přidružená k dětské mozkové obrně	38
3.5. Příčiny vzniku dětské mozkové obrny	38
3.5.1. Prenatální příčiny vzniku dětské mozkové obrny.....	38
3.5.2. Perinatální příčiny vzniku dětské mozkové obrny	39
3.5.3. Postnatální příčiny vzniku dětské mozkové obrny	40

4 MOŽNOSTI PODPORY	41
4.1. Možnosti integrace	41
4.2. Komprehenzivní rehabilitace	42
5 SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ	43
5.1. Státní sociální podpora	43
5.1.1. Rodičovský příspěvek (§ 30 až 32).....	43
5.1.2. Sociální příplatek (§ 20 až 23)	44
5.1.3. Příspěvek na bydlení (§ 24 až 28).....	44
5.2. Dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením	44
5.2.1. Jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek (§ 33).....	45
5.2.2. Příspěvek na úpravu bytu (§ 34)	46
5.2.3. Příspěvek na zakoupení motorového vozidla a příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla (§ 35)	47
5.2.4. Příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla (§ 35)	49
5.2.5. Příspěvek na provoz motorového vozidla (§ 36)	50
5.2.6. Příspěvek na individuální dopravu (§ 37)	51
5.2.7. Příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu (§ 45)	51
5.2.8. Příspěvek na úhradu za užívání garáže (§ 45)	51
5.2.9. Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany (§ 31).....	52
5.2.10. Bezúročné půjčky (§ 57)	52
6 SOCIÁLNÍ SLUŽBY.....	53
6.1. Sociální poradenství (§ 37).....	54
6.2. Služby sociální péče (§ 38)	54
6.2.1. Osobní asistence (§ 39)	55
6.2.2. Pečovatelská služba (§ 40)	55
6.2.3. Podpora samostatného bydlení (§ 43).....	55
6.2.4. Odlehčovací služby (§ 44).....	56
6.2.5. Centra denních služeb (§ 45).....	56
6.2.6. Denní stacionáře (§ 46)	56
6.2.7. Týdenní stacionáře (§ 47).....	56
6.2.8. Domovy pro osoby se zdravotním postižením (§ 48).....	57
6.2.9. Chráněné bydlení (§ 51)	57
6.2.10. Služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (§ 52).....	57
6.3. Služby sociální prevence (§ 53)	58
6.3.1. Raná péče (§ 54).....	58
6.3.2. Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením (§ 66).....	58
6.3.3. Sociálně terapeutické dílny (§ 67)	58
7 DŮCHODOVÉ POJIŠTĚNÍ	59
7.1. Plný invalidní důchod (§ 39 až 42)	59
7.2. Částečný invalidní důchod (§ 44)	60
ZÁVĚR	61
SEZNAM LITERATURY.....	62
SEZNAM PŘÍLOH	64

ÚVOD

Téma mé bakalářské práce Podpora rodiny se znevýhodněným členem jsem si zvolila na základě mého dlouhodobého zájmu o tuto problematiku. Konkrétně se v mojí práci zaměřím na člověka s tělesným postižením, respektive člověka s dětskou mozkovou obrnou a to v rámci podpory tohoto znevýhodněného jedince v České republice.

V úvodní části mé bakalářské práce se budu snažit o vymezení pojmu rodiny z mnoha pohledů, tedy z pohledu sociologického, psychologického, biologického a s tím souvisejícího pohledu reprodukčního, socializačního, emocionálního a v neposlední řadě i z pohledu ekonomického. V další části se budu snažit vystihnout pozici člověka se znevýhodněním v rodině. Zejména na vztah rodičů a sourozence k dítěti postižením, který je často opomíjen.

V další části práce zpracuji formou kazuistické studie životní příběh člověka postiženého dětskou mozkovou obrnou, kde popíši především jeho rodinnou, osobní a školní anamnézu, diagnostiku, rehabilitaci, integraci, současný stav a vlastní sociální poradenství.

Dále se zaměřím na formy, diagnostiku a projevy dětské mozkové obrny. Budu také popisovat nejčastější příčiny vzniku dětské mozkové obrny.

V následující části se budu věnovat oblasti pomoci a podpory jedinci se znevýhodněním a jeho rodinným příslušníkům, zejména z hlediska integrace a komprehenzivní (ucelené) rehabilitace.

V neposlední řadě se budu také zaměřovat na poměrně nové možnosti pomoci vyplývající ze zákona, hlavně na sociální zabezpečení, sociální služby a důchodové pojištění vhodné hlavně pro lidi s tělesným postižením.

Cílem mé bakalářské práce je zmapovat systém podpory osob se znevýhodněním v České republice, částečně se budu snažit o srovnání současného stavu péče a podpory o tělesně postižené jedince a jejich rodiny s dřívější dobou a jaký posun v této oblasti v posledních desetiletích nastal.

Ve své práci budu vycházet především z prostudované literatury, ze zákonů a ze své praxe osobního asistenta v Pražské organizaci vozíčkářů o.s., Národní rady osob se zdravotním postižením ČR a Asociace poskytovatelů osobní asistence o.s., kde působím již 3 roky. Zároveň budu vycházet i z absolvovaného odborného kurzu pracovníka v sociální péči.

V závěru zhodnotím, zda byly splněny vytyčené cíle mé bakalářské práce.

1 RODINA

Rodina z pohledu sociologického představuje skupinu osob přímo spjatých pokrevními svazky, manželstvím nebo adopcí, jejíž dospělí členové jsou odpovědní za výchovu dětí.

Podle významného sociologa A. Giddense rodina „*Představuje skupinu osob přímo spjatých příbuzenskými vztahy, jejíž dospělí členové jsou odpovědní za výchovu dětí. Příbuzenství je vztah mezi jedinci, jenž vzniká buďto sňatkem, anebo pokrevními vazbami v otcovské či mateřské linii. Manželství můžeme definovat jako sociálně akceptovaný a posvěcený sexuální svazek mezi dvěma dospělými jedinci. Sňatkem dvou partnerů se stávají příbuznými nejen oni sami, ale i jejich rodiče, sourozenci a další pokrevní příbuzní každého z nich. Vždy se rozlišuje mezi rodinou a širším příbuzenstvím.*“ (GIDDENS 1999, s. 156).

Sociolog Ivo Možný vymezil rodinu jako vícegenerační soužití rodičů a dětí, ať už v rodině úplné nebo neúplné.

Jeden z předních odborníků na rodinu a rodinné vztahy Oldřich Matoušek ve své předmluvě ke knize Rodina jako instituce a vztahová síť definuje, že „*Rodina odedávna a především existuje proto, aby lidé mohli náležitě pečovat o své děti. Kromě toho, že je rodina biologicky významná pro udržení lidstva, je také základní jednotkou každé lidské společnosti. Reprodukce člověka nejen jako živočicha, zprostředkuje mu vrůstání do kultury a společnosti. Rodina krom toho propojuje generace, vytváří mezi nimi kontinuitu a pouta solidarity.*

Rodina je prvním a dosti závazným modelem společnosti, s jakým se dítě setkává. Předurčuje jeho osobní vývoj, jeho vztahy k jiným skupinám lidí. Rodina dítě orientuje na určité hodnoty, vystavuje ho určitým konfliktům, poskytuje mu určitý typ podpory. Tímto způsobem osobitě zabarvuje to nejpodstatnější, co dítěti předává – sociální dovednosti, bez kterých se ono v dospělosti neobejde. V tomto smyslu mluvíme o socializační funkci rodiny.“ (MATOUŠEK 1997, s. 8).

Kromě socializační funkce rodiny existují ještě další rodinné funkce, mezi které patří např. funkce biologická a reprodukční, výchovná – formativní, ekonomická a rozhodně také emocionální funkce rodiny.

- **Funkce socializační** – rodina je z hlediska vlivu primární model společnosti, se kterým se dítě setkává. Orientuje dítě na hodnoty, určuje jeho vztahy k sociálním skupinám, ovlivňuje jeho vývoj, vystavuje ho konfliktům, a zároveň mu poskytuje určitý druh podpory. Učí tedy dítě sociálním dovednostem, bez kterých by ve společnosti neobstálo.

Zároveň rodina představuje velmi důležitou instituci, která spojuje specifické a univerzální. To znamená, že specifickým způsobem zprostředkovává univerzální celospolečenské normy, zákonitosti a hodnoty.

- **Funkce biologická** – reprodukce lidstva, ale zároveň také uspokojování biologických potřeb.

- **Funkce výchovná – formativní** – rodina kontroluje chování a jednání svých členů.

Při výchově dětí se projevuje osobní, vysoce angažované zaujetí rodičů dětmi a zároveň i respekt k danému stavu společnosti.

V rodině probíhá také učení se rolím, zejména sexuální role, při jejímž formování je důležitý kontakt s osobou opačného pohlaví. Neméně důležitou složkou je v tomto případě i přítomnost rodičovského vzoru.

- **Funkce ekonomická** – jedná se o společné hospodaření rodiny a spravování financí.

Patří sem také dělba práce mezi mužem a ženou – tedy že jeden z rodičů pečuje o děti a druhý zajišťuje obživu. V rodině navíc většinou funguje ekonomická solidarita.

- **Funkce emocionální** – rodiče jsou stálí, nemění se a jsou vysoce citově angažovaní ve směru ke svým dětem.

Rodina dává svým členům důležité osobní vztahy, umožňuje společné prožívání radosti a smutku, úzkosti i uklidnění, přijímání péče a poskytování jí druhým.

Celkový význam rodiny se dá tedy shrnout do několika bodů:

- Péče o potomky.
- Význam pro udržení lidstva – reprodukce.
- Základní jednotka lidské společnosti důležitá pro socializaci jedince.
- Kontinuum rodiny, propojení generací a solidarita členů rodiny.

Význam rodiny ve společnosti je unikátní a nenahraditelný. Od starověku do současnosti bylo provedeno mnoho pokusů nahradit rodinu něčím jiným, jinou institucí, skupinou osob apod., ale tyto pokusy nebyly úspěšné. Model rodiny, kterou tvoří rodiče a jejich děti, případně prarodiče, je stabilní ve všech obdobích lidské společnosti.

1.1. Znevýhodněný člověk v rodině

Oldřich Matoušek ve své knize *Rodina jako instituce a vztahová síť* také zdůrazňuje, že „*Rodina je těžko postradatelnou institucí i pro dospělého člověka. Mít stálého partnera a mít děti jsou přední hodnoty lidského života. O ně dospělý člověk opírá pocit vlastní hodnoty, pocit smysluplnosti své existence, na nich závisí jeho psychické pohoda i zdraví. Děti a partner dospělému zrcadlí jeho chování. Umožňují mu vidět se realisticky. Dospělý se svými dětmi znovu prožívá vlastní dětství a může se vyhnout chybám, které na něm spáchali jeho rodiče. Rodina dospělému rozšiřuje jeho sociální pole. Díky partnerovým příbuzným i díky kontaktům svých dětí přichází do styku s mnoha lidmi, s nimiž by se jinak nesetkal.*

Pokud někdo z rodiny vážně onemocní nebo se dostane do jiných nesnází, je rodina schopna mobilizovat značné rezervy, poskytnout svému příslušníku velkou podporu a všemi dostupnými způsoby usilovat o návrat do původního stavu. Dobrá rodina dává každému, kdo do ní patří, pocit bezpečného zázemí. V ideálním případě si tento typ přijímání neklade žádné podmínky.“ (MATOUŠEK 1997, s. 9).

Na významu rodiny v době nemoci se shodují i další autoři, např. Marie Vágnerová, ve své knize *Psychopatologie pro pomáhající profese* píše „*Rodina je pro nemocného člověka jedinou sociální skupinou, která mu umožňuje dostupnou a zvládnutelnou sociální integraci, může mu poskytnout potřebné emoční zázemí a podporu. Nakonec bývá jediným prostředím, v němž nemocnému zůstávají individuálně specifické role, kde není anonymizován. Rodina je v případě těžkého onemocnění jedinou alternativou sociální izolace. Občas jí mohou být i přátelé.“ (VÁGNEROVÁ 2004, s. 91).*

Dále dle Vágnerové: „***Rodina s postiženým dítětem má jinou sociální identitu*** – je něčím výjimečná. Tato spíše negativně hodnocená odlišnost se stává součástí sebepojetí všech jejích členů: rodičů i zdravých sourozenců. Existence postiženého dítěte je příčinou toho, že se určitým způsobem změní životní styl rodiny, protože musí být přizpůsoben jeho možnostem a potřebám. V důsledku toho se změní i jejich chování, nejen v rámci rodiny, ale také vztahu k širší společnosti, kde se tyto lidé mohou v rámci obranných reakcí projevovat jiným způsobem než dříve, resp. než je obvyklé, nebo se od ní dokonce izolovat.“ (VÁGNEROVÁ 2004, s. 164).

1.1.1. Rodiče postiženého dítěte

Důležitá je reakce rodičů na narození postiženého dítěte. Je to pro ně zátěž, trauma vyplývající z pocitu selhání v rodičovské roli a objevuje se tu i otázka viny. Vyrovnávání se s postižením dítěte trvá obvykle 3 roky.

Neméně důležitý je vliv převažujících postojů společnosti. Může dojít ke změně chování rodičů k dítěti. Je tu riziko vzniku nepřiměřeného výchovného přístupu.

1.1.2. Fáze krize rodičovské identity

Vágnerová popisuje období, kdy se rodiče dozví o postižení dítěte. Může jí předcházet období nejistoty. Prožívání a chování takových rodičů se v průběhu času mění:

- **Fáze šoku a popření** – je první fází, jedná se o obrannou reakci.
- **Fáze bezmocnosti** – rodiče nevědí, co by měli dělat, nikdy se s podobnou situací nesetkali. Převažují pocity viny a pocity hanby. Hledání – zkusíme se zeptat jinde, přece se musí najít jiná možnost.
- **Fáze postupné adaptace a vyrovnávání se s problémem** – zvýšený zájem o další informace. Objevují se různé obranné mechanismy, především ve vztahu k předpokládané příčině postižení. Mohou mít charakter útoku, tendence bojovat s nepřijatelnou situací. Nebo mohou mít podobu útěku od problému. V této fázi nejde jen o nepřijetí problému, ale i o hledání řešení.
- **Fáze smlouvání** – je vyjádřením určité naděje na lepší variantu, ochota přijmout kompromis.
- **Fáze realistického postoje** – rodiče akceptují dítě takové, jaké je. Tato fáze nenastává vždy, někdy rodiče čekají, že se dítě uzdraví. Rodiče v této fázi na situaci nahlízejí realističtěji, dítě nepřetěžují a snaží se, aby zažilo spokojený život.

1.1.3. Pozice sourozence postiženého dítěte

Na základě článku z Československé psychologie: „Život se sourozencem s mentálním postižením: kritické momenty, zdroje zvládnutí a osobní růst“, jsem zpracovala nejvýznamnější body této výzkumné studie, která se věnuje málo zpracovávanému tématu zdravých sourozenců dětí s postižením.

Sourozenecké vztahy jsou nejdéle trvajícíchmi vazbami rodinného systému. Existují určitá období během vývoje, která jsou obtížnější, a to jak pro zdravého sourozence, tak pro sourozence s postižením. Jde zejména o období, jakými jsou počátek školní docházky či období dospívání. Je nutné zkoumat nejen negativní důsledky této situace, ale i pozitivní dopady života se sourozencem s postižením.

Kritické momenty v životě zdravých sourozenců – na základě výzkumu autoři identifikovali celkem čtyři oblasti kritických momentů v životě zdravých jedinců se sourozencem:

Kritické momenty vtaahující se k vývojovým obdobím/životním etapám zdravého sourozence:

- Narození postiženého sourozence – vnímání stresu v rodině, většina rodičovské péče se zaměří na postižené dítě, může být psychicky náročné vidět utrápené rodiče a cítit bezmoc a úzkost.
- Adolescence – neochota mluvit o sourozenci, obava z reakcí okolí a z předsudků, pocity studu za sourozence, neochota starat se o sourozence.
- Úvahy o budoucnosti – kdo převezme starost o sourozence po smrti rodičů, výběr partnera (je kladen nárok, aby uměl přijmout postiženého sourozence bez výhrad).

Kritické momenty v rámci rodiny a výchovy:

- Úzkostná výchova – hyperprotektiva, vysoké nároky rodičů na zdravého sourozence – následkem může být předčasné přijetí identity.
- Nespravedlivý přístup k dětem – jako nespravedlivé je zdravými sourozenci vnímáno zejména to, že jim rodiče věnují méně pozornosti, než sourozenci s postižením.
- Utrápení rodiče – neschopnost pomoci rodičům od smutku může vyvolávat u dítěte pocity viny.
- Příliš častá povinnost starat se o sourozence – přetěžování zdravých sourozenců, urychlení psychického vývoje.
- Nedostatek informací o sourozencově postižení – nevyjasněný přístup k výchově dítěte s postižením, neschopnost adekvátně dítěti vysvětlit postižení dítěte zdravému jedinci.

Kritické momenty související se společenským kontextem: nedostatečná informovanost, která může vést k nedorozuměním, předsudkům, nepřiměřenému soucitu apod.

Negativní emoce: strach, pocity viny, stud.

Zdroje vyrovnávání se s obtížnou životní situací

Sociální opora v kontextu rodiny:

- Otevřená komunikace v rodině.
- Spravedlivá výchova – rovný přístup ke každému dítěti, nepřetěžování zdravého sourozence starostí o sourozence s postižením.
- Příklad rodičů – rodiče jako vzory chování k dítěti s postižením.
- Další sourozenec – možnost sdílet zkušenost.

Sociální opora v kontextu společnosti:

- Postoj okolí a svépomocné skupiny – možnost srovnání s osobami podobného osudu, význam prostředí, které člověka s postižením bez předsudků a odmítání přijímá.
- Partnerské vztahy.

Osobnost sourozence s postižením:

- Pozitivní vlastnosti dítěte mohou usnadňovat proces přijetí sourozence s postižením.

Osobnost zdravého sourozence:

- Optimismus, pozitivní přístup k životu.

Adaptace v průběhu času:

- Postupné odeznění emočního náboje.

Další faktory usnadňující přijetí situace:

- Přístup k informacím o postižení, ekonomické zabezpečení zdravého sourozence.

Pozitivita a přínosy sledované situace

Interpersonální vztahy:

- Nesobeckost, tolerance, sociální citlivost, respekt k hodnotě druhých lidí, uvědomění si významu rodinných vazeb.

Sebeaktualizace:

- Nekomfortní život, netradiční prožitky, nadhled, schopnost přijmout rozdílnost, emoční obohacení, motivace ke zvládání životních situací, zodpovědný přístup k povinnostem.

Život se sourozencem s postižením představuje dlouhodobý proces, v jehož průběhu se může objevit řada kritických momentů. Významnou roli hraje sociální kontext, a to jak v negativním, tak pozitivním smyslu. Důležitá je také sociální opora okolí. Všichni oslovení respondenti uvedli také benefity, které získali pro svůj osobní růst.

2 KAZUISTIKA ČLOVĚKA S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

Ve své kazuistické práci jsem zpracovala životní příběh dvaatřicetiletého Michala s tělesným postižením, který je mým klientem, jelikož u něho dlouhodobě vykonávám osobní asistenci. Naše spolupráce začala v roce 2006 a trvá již 3 roky a domnívám se, že k oboustranné spokojenosti.

Michala jsem požádala, jestli by byl ochotný poskytnout mi informace k sepsání kazuistiky o jeho životě s tělesným postižením. Vysvětlila jsem mu, že kazuistika bude sloužit jako součást mé bakalářské práce a že budou jeho osobní údaje změněny a také jak bude dále s jeho údaji nakládáno. S ochotou souhlasil s tím, že uděláme řízený strukturovaný rozhovor, na základě kterého jsem mohla zpracovat tuto kazuistickou studii (viz příloha č. 1: Souhlas se zpracováním údajů). Cenným zdrojem informací bylo také vlastní několikaleté pozorování a dlouhodobá spolupráce v pozici osobního asistenta.

Michal se narodil v roce 1976 v Praze a v 7 měsících mu byla diagnostikována perinatální kvadruspastická dětská mozková obrna (DMO). V současné době používá elektrický vozík k pohybu po bytě a mechanický vozík v doprovodu osobního asistenta při pohybu venku, přemísťování do zaměstnání, školy a na drobné pochůzky.

Bydlí společně s rodiči v bezbariérovém domě v bytě 3 + kk v Praze – Kunraticích. Oba jeho rodiče jsou již v důchodu, otec občas ještě vypomáhá ve svém bývalém zaměstnání. Matka je ženou v domácnosti a společně s manželem s láskou pečuje o svého syna.

Michal nyní studuje magisterský obor Sociální práce na FF UK v Praze a v současné době píše diplomovou práci a poté se chystá složit státní zkoušky z tohoto oboru. Zároveň je zaměstnán v Pražské organizaci vozíčkářů, kde pracuje na pozici vzájemného poradenství vozíčkáře vozíčkářům a je koordinátorem praxí studentů. Dále spolupracuje s o. s. OPIM (Organizace na podporu integrace menšin) na projektu Živá knihovna – zmírňování předsudků pomocí osobních rozhovorů s lidmi zastupujícími minoritu, dále je lektorem osobní asistence v o. s. APOA (Asociace pro osobní asistenci) a registrátorem IZS (Integrovaného záchranného systému) pro osoby s tělesným postižením v projektu NRZP (Národní rada osob se zdravotním postižením).

Cílem kazuistiky je nalezení způsobu co nejsamostatnějšího života dospělého člověka s tělesným postižením, v tomto případě s těžkou formou dětské mozkové obrny. Dalším mým cílem je navrhnout možnosti účelné komprehenzivní (ucelené) rehabilitace, která může výrazně usnadnit život s tímto dlouhodobým chronickým onemocněním.

2.1. Rodinná anamnéza (RA)

Michal žije v úplné rodině. Matce je nyní 67 let a vystudovala Střední ekonomickou školu. Pracovala jako účetní a sekretářka ředitelky. Nyní je již v důchodu a věnuje se hlavně péči o svého syna a stará se o domácnost. Jejímu manželovi a otci Michala je také 67 let a vystudoval Střední průmyslovou školu elektrotechnickou. Pracoval jako konstruktér strojů v ČKD Praha a nyní je stejně jako jeho žena v důchodu. Občas ještě vypomáhá ve svém bývalém zaměstnání, kde je vzhledem ke své odbornosti velmi žádaný.

Michal má jednoho sourozence a to starší sestru, která již má vlastní rodinu a Michala a jeho rodiče často navštěvuje v místě jejich bydliště a obě rodiny společně jezdí na chalupu do Jižních Čech. Jeho sestře je nyní 44 let, je vdaná a má dvě dcery. Vystudovala Vysokou ekonomickou školu s titulem Ing. a pracuje jako metodik pro administrativní záležitosti.

Nikdo z Michalových příbuzných nemá tělesné postižení. Michalova matka momentálně podstupuje léčbu závažného onkologického onemocnění – tzv. mnohačetného myelomu. Ostatní členové rodiny jsou zdraví.

2.2. Osobní anamnéza (OA)

Michal se narodil 13. 11. 1976 ze čtvrtého těhotenství, předtím byl u matky dvakrát diagnostikován spontánní abortus (dvakrát samovolně potratila), první těhotenství proběhlo v pořádku. Čtvrté těhotenství bylo rizikové, ale jinak probíhalo bez problémů. Porod byl předčasný a to ve 32. týdnu těhotenství. Porod byl těžký, došlo k hypoxii plodu (snížení kyslíku v tkáních) vlivem asfyxie plodu (přidušení) a to z důvodu strangulace (zaškrcení), kdy došlo k dvojitému obtočení pupeční šňůry kolem krku plodu. Michalova porodní váha byla 1050 kg a měřil 48 cm. Zároveň prodělal icterus neonotarium (silnou poporodní novorozeneckou žloutenku).

Od 4. – 6. měsíce si rodiče všímali psychomotorické retardace: měl pomalé pohyby, sám se neotáčel, měl špatné úchopy hraček. Proto navštívili pediatra. Lékaři stále rodičům tvrdili, že je dítě jen nedonošené, ale matka si sama musela přibližně v Michalových 6 měsících doslova vydupat odborné neurologické vyšetření. Zhruba v 7 měsících byla Michalovi diagnostikována perinatální (vztahující se k období okolo narození) kvadrupastická dětská mozková obrna, což je považováno za těžkou formu DMO.

Zhruba okolo 1. roku byl Michal s matkou na 3 týdny hospitalizován v Thomayerově nemocnici v Praze a v roce 1978 byl hospitalizován na ortopedické klinice VFN v Praze, kde podstoupil prodlužovací tenotomii flexorů (chirurgické přetětí šlach sloužící k léčbě některých deformit). Po celou dobu se rodiče synovi velmi intenzivně věnovali, navštěvovali odborná pracoviště a rehabilitovali s ním. V té době byl Michal schopen přemisťovat se po čtyřech a to i do schodů. V období od roku 1980 do roku 1991 každoročně jezdil do dětských rehabilitačních lázní Železnice u Jičína.

Dětství bylo podle jeho slov šťastné a dodnes je velmi vděčný za to, že ho prožil v úplné rodině a otec od nich kvůli jeho tělesnému postižení neodešel.

Na otázku jak bys sám sebe charakterizoval, odpověděl takto: „Jsem v podstatě introvert, který ale tím, že je závislý na fyzické pomoci druhých lidí byl donucen během života stát se extrovertem. Jinak jsem sice asi dost aktivní, ale mně samotnému přijde, že toho dělám poměrně málo, věčně nic nestíhám a jsem dost líný. Neumím říkat ne, snažím se všem v rámci možností vyhovět a příliš neobtěžovat druhé.“ A podle něho by o něm maminka s ironickým zabarvením řekla, že je „pan ochotný a horlivý“, což uznává, že je asi pravda.

2.3. Školní anamnéza

„Tyto děti bývaly v dřívější době umisťovány ve speciálních školách pro tělesně postižené, popř. v ústavech sociální péče.“ (ZELINKOVÁ 2001, s. 59). Toto Michal potvrdil. V době komunismu bylo nemyslitelné, aby tělesně postižené děti navštěvovaly běžné typy škol. Proto Michal chodil do jediných rehabilitačních jeslí v té době v Praze a to v Praze 10 – Malešicích a od roku 1982 chodil do Mateřské školy Jedličkova ústavu v Praze. Pokračoval i na Základní a Střední škole Jedličkova ústavu v Praze, kam chodily pouze podobně tělesně postižené děti a kde byla rehabilitace doplňková činnost vzdělávání. V 9. ročníku přešel na čtyřleté všeobecné gymnázium Jedličkova ústavu, kde byl integrován spolu se zdravými dětmi a několika spolužáky se zdravotním postižením. Dnes tvrdí, že spolužákům bez zdravotního postižení nevyhovovalo tempo výuky přizpůsobené žákům se zdravotním postižením a po roce studia na gymnáziu Jedličkova ústavu z tohoto důvodu většinou přešli na jiná pražská gymnázia. Michal gymnázium Jedličkova ústavu v Praze úspěšně dokončil složením maturitní zkoušky.

Poté se přihlásil na vysokou školu, prošel přijímacím řízením a od roku 1997 do roku 2000 studoval magisterský obor Český jazyk a literatura na FF UK v Praze, ale toto studium nedokončil. Poté se přihlásil na magisterský obor Sociální práce na FF UK, byl přijat a od roku 2001 začal studovat tento magisterský obor na FF UK v Praze, který studuje dosud. Magisterský obor nestudoval obvyklých 5 let, ale již třikrát si zažádal o prodloužení z důvodu svého handicapu a nyní je v 8. ročníku. V současné době píše diplomovou práci a na podzim má v plánu složit státní zkoušky z oboru Sociální práce.

Mezi své jazykové znalosti Michal řadí anglický jazyk, německý jazyk a velmi pasivně ruský jazyk.

Na otázku pomáhali ti rodiče s učením, Michal odpověděl: „Ano, rodiče mi velmi pomáhali i sestra. Asistenti tenkrát neexistovali a na vysoké škole mi psali vše spolužáci přes kopírák.“

2.4. Diagnostika

Michal se narodil ze čtvrtého těhotenství, které bylo vedeno jako rizikové. Narodil se předčasně a to ve 32. týdnu těhotenství. Porod byl těžký, došlo k asfyxii a následné hypoxii plodu z důvodu dvakrát obtočené pupeční šňůry kolem krku. Navíc prodělal icterus neonatorum. Michalovo tělesné postižení způsobila dětská mozková obrna (DMO) a to v době vztahující se k období okolo narození.

Zhruba v 7 měsících mu byla diagnostikována (z původní diparetické formy DMO) perinatální kvadruspastická forma dětské mozkové obory. Z odborného hlediska se jedná o těžkou formu dětské mozkové obrny.

Michal má ještě jiná onemocnění: myopii (krátkozrakost), středně těžké astma, hypertenzi (vysoký krevní tlak) a sezónní alergie.

2.5. Rehabilitace

Rodiče se s Michalovým tělesným postižením vyrovnávali velmi těžce, ale jeho maminka tvrdí, že kdyby měl mentální postižení, bylo by to horší. Rodiče to měli v době jeho narození hodně těžké, protože jim lékaři doporučovali, ať ho dají do ústavu a nikdo je příliš nepodporoval v tom, že by se o něj mohli normálně starat a vychovat ho. Ale oni si řekli: Ne!!! Starali se o něj, vychovali ho, rehabilitovali s ním, často proti jeho vůli, protože to nesnášel, ale jak dnes Michal říká: „Díky tomu se ze mě asi nestal úplný ležák.“

Michal uvedl: „Mám také štěstí na úplnou rodinu. Většinou to muži v rodinách nezvládají, protože postižení svých potomků berou jako své osobní selhání. Následně matky opouštějí a ony zůstávají na všechno samy. To jsme u nás naštěstí nikdy řešit nemuseli a moc si toho vážím.“

K pomoci širší rodiny a přístupu okolí řekl toto: „Vše bylo vždy na nejbližší rodině – rodičích, sestře, eventuálně babičkách. Se širší rodinou jsme se normálně stýkali, ale o pomoci to nikdy moc nebylo. Naši vše zvládali sami, o pomoc si také často neuměli a nechtěli říct, protože nechtěli nikoho obtěžovat a prostě jsme na to nebyli zvyklí.“

„Já bych dnes také pomoc od širší rodiny nechtěl a nemyslím tím nic špatného, ale nejsme na to zvyklí a oni to se mnou neumějí, moc neznají moje potřeby, vesměs to jsou už také starší lidé, kteří mají své zdravotní problémy. Když něco potřebuji, obracím se spíš na svoje přátele, osobní asistenty apod.“

2.5.1. Léčebná rehabilitace

Lékaři rodičům stále tvrdili, že je jen nedonošený a sama matka si musela v Michalově zhruba půl roce doslova vydupat odborné vyšetření. Až tehdy se stanovila diagnóza kvadruspastické formy DMO a začalo se s rehabilitací.

Zhruba okolo 1. roku byl Michal s matkou na 3 týdny v Thomayerově nemocnici v Praze a v roce 1978 byl hospitalizován na ortopedické klinice VFN v Praze, kde podstoupil prodlužovací tenotomii flexorů (chirurgické přetětí šlach sloužící k léčbě některých deformit). Po celou dobu se rodiče synovi velmi intenzivně věnovali, navštěvovali odborná pracoviště a rehabilitovali s ním. V té době byl Michal schopen přemísťovat se po čtyřech a to i do schodů. V období od roku 1980 do roku 1991 každoročně jezdil do dětských rehabilitačních lázní Železnice u Jičína. V roce 1981 také pobýval v rehabilitačních lázních v Teplicích.

Pak Michal chodil do jediných rehabilitačních jeslí té doby, nacházející se v Praze 10 – Malešicích, od roku 1982 navštěvoval Mateřskou školu, Základní školu a Střední školu Jedličkova ústavu v Praze, kde rehabilitace byla doplňková činnost vzdělávání.

Pravidelnou, i když třeba jen udržovací rehabilitaci Michal ukončil v roce 1997. Od té doby u něj podle jeho slov probíhá rehabilitace nárazově nebo svépomocí.

Na otázku jak bys ty a tvoji rodiče zhodnotili úroveň a dostupnost péče v době tvého dětství ve srovnání s dnešními možnostmi a zda vidíš v tomto směru významný posun v průběhu let, Michal odpověděl: „Celková úroveň i dostupnost péče se asi zlepšila, ale někde mi to připadá stále stejné nebo podobné. Někde je i přístup k pacientům/klientům stále stejný, mnohdy horší. Neosobní, chladný, pracovníci přistupují k lidem s postižením jako k věcem atd.“

2.5.2. Technická rehabilitace

Co se týče kompenzačních pomůcek, Michal používá mechanický invalidní vozík s doprovodem osobního asistenta ve venkovním prostředí a elektrický invalidní vozík k pohybu po bytu.

Má k dispozici i tzv. „dlouhou ruku“, kterou se dají podávat z invalidního vozíku špatně dosažitelné předměty, např. kabát. Také má kráječ chleba, pomůcku pro navlékání ponožek a bot, ale žádnou z těchto kompenzačních pomůcek nevyužívá, mnohem efektivnější a rychlejší je pro něho využít pomoci rodiny nebo osobního asistenta.

Michal žije společně se svými rodiči v Praze 4 - Kunraticích v bezbariérovém domě v bytě 3 + kk, kam se společně přestěhovali v roce 2000 z Prahy 4 - Nuslí, kde nebylo zcela vyhovující bydlení pro člověka s tělesným postižením. Proto podali žádost o bezbariérový byt na Magistrát hlavního města Prahy a po dvanácti letech jim bylo nabídnuto bydlení v bezbariérovém domě určeném pouze pro lidi s tělesným postižením a jejich rodinné příslušníky. O bydlení v tomto bezbariérovém domě se dlouho rozmýšleli, protože mělo jak své výhody, tak nevýhody. Mezi výhody řadí to, že je zcela přizpůsoben člověku s tělesným postižením a tedy i velmi vhodným právě pro jejich syna. Nevýhodou však pro všechny bylo přemístění do zcela jiného prostředí na úkor vzdálení se od svých přátel v minulém bydlišti. Navíc pro celou rodinu včetně Michala zpočátku nebyl zcela akceptovatelný fakt, že nový bezbariérový dům je určen pouze pro lidi s tělesným postižením a jejich rodiny a je ve svém důsledku „komfortním ghettem“, kde se v podstatě všichni už znají z předchozích ústavních zařízení a jsou opět izolováni od okolního světa lidí bez zdravotního postižení.

2.5.3. Ekonomická rehabilitace

V současné době Michal podle svých slov pobírá tyto dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením (podmínky, za kterých se poskytují dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením, jsou upraveny ve vyhlášce Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů):

Příspěvek na péči a to podle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách a to v 3. stupni, tedy měsíčně dostává 8 000 Kč. Z toho převážně hradí osobní asistenci poskytovanou Pražskou organizací vozičkářů v Praze s tím, že celkové náklady na hodinu osobní asistence činí 145 Kč a výše klientovi spoluúčasti na jedné hodině osobní asistence je 60 Kč (a to od 1. 2. 2009). Klient může na úhradu této spoluúčasti využít především příspěvek na péči nebo může využít finanční podpory od sponzora či nadace. Organizace získává finance na poskytování osobní asistence ze státního a krajského rozpočtu (MPSV, Magistrát hl. města Prahy), od nadací (Charta 77, Výbor dobré vůle Olgy Havlové).

Jednou za 5 let má při splnění předepsaných podmínek nárok na Příspěvek na zakoupení invalidního vozíku, což však podle svých slov každých 5 let nevyužívá.

Jednou za 5 let má při splnění předepsaných podmínek nárok na Příspěvek na zakoupení motorového vozidla, což již využil.

Dále využívá Mimořádné výhody III. stupně (pro držitele karty ZTP/P), především dopravy po Praze zdarma pro sebe a svého průvodce.

Dále má možnost využít zvýhodněného vstupného do divadel, muzeí, kin a jiné kulturní a sportovní akce a to opět i pro svého průvodce.

Michal zároveň pobírá Invalidní důchod ve výši 8 000 Kč měsíčně.

Také dostává Příspěvek na bydlení ve výši 200 Kč měsíčně.

2.6. Integrace

Na otázku jaké máš vzpomínky na základní a střední školu, Michal řekl: „Jen ty nejlepší, na druhou stranu nechtěl bych to období opakovat. Většina učitelů byla bezvadných, měli jsme běžné osnovy a kromě tělocviku téměř žádné úlevy. Většina z nás psala pomaleji, takže jsme vyžadovali více času při psaní, ale jinak nic.

Horší to spíš bylo po revoluci, protože nás počtem bylo málo na to, aby se mohl otevřít 1. ročník gymnázia a tak se stav doplňoval „zdravými“ lidmi, kteří se ten rok nedostali do školy. Nedělalo to dobrotu, ti lidé se tam nudili, protože samozřejmě neměli problémy s psaním a neustále na nás čekali. Po roce sami odešli, protože řekli, že by se sami nedonutili učit, protože zde na to stačí. Navíc někteří učitelé nás dokonale dezintegrovali, např. tím, že doplňovací cvičení v učebnicích známkovali na rychlost psaní. Za to dávali malé jedničky a pak jednu velkou. Ti spolužáci nebyli nikdy zkoušeni, měli známek dost, my jsme byli zkoušeni vždy, protože v rychlosti psaní jsme jim nikdy konkurovat nemohli.“

Na otázku jak tě přijímali tvoji vrstevníci, Michal odpověděl: „Do roku 1989 o nás naši vrstevníci mnoho nevěděli, ani my o nich. Byli jsme všichni společně zavření v ústavech. Když jsme někam chtěli jít, záleželo na rodině nebo lidech, kteří se o nás zrovna starali.

Oficiálně nic nebylo příliš zakazováno, ale technicky vše bylo znemožňováno téměř dokonale. Na 12 vozíčkářů byl jeden jediný vychovatel. Ze začátku mého pobytu v ZŠ Jedličkova ústavu v Praze měli vychovatelé (většinou staršího věku) už co dělat sami se sebou a byli rádi, že se o nás postarají v tom nejnutnějším, jako bylo jídlo, toaleta apod.

Ale vše je jako vždy o lidech. Já mám v životě docela velké štěstí na lidi, kteří mi pomáhají v rámci možností žít hezký, téměř standardní život a dokázali mi připravit i hezké dětství, i když zuřila totalita a lidé s postižením pro společnost oficiálně neexistovali. Ať už to byli rodiče nebo různí vychovatelé, kamarádi aj.

Po roce 1989 to byla pro všechny velká rána (jak pro majoritní společnost, tak pro nás), když jsme vyšli na ulici. Neuměli jsme komunikovat, ostatní s námi také ne, neznali naše potřeby. Já osobně jsem nechtěl moc chodit ven, měl jsem pocit, že na mě všichni budou koukat, bylo mi to nepříjemné.

Ale měl jsem kolem sebe opravdu bezva lidi, zejména jedna kamarádka mě donutila, abych se o sebe začal starat.

Seznámila mě s osobní asistencí a velmi tvrdým způsobem mi oznámila, že co si nezařídím sám, to mít nebudu. Já měl zpočátku opravdu velké potíže s komunikací s téměř neznámými lidmi, nechtěl jsem nic řešit, chtěl jsem, aby všichni řešili vše za mě.

Ale kamarádka se svými metodami to dokázala, jednak jsem měl štěstí, že to byla opravdu dobrá kamarádka, takže jsem ji klidně mohl poslat kamsi, znali jsme se opravdu dobře a ona se hned tak odradit nedala. Brala mě s sebou na různé víkendy, akce a hlavně trpělivě čekala, až např. začnu komunikovat s prodavačkou. Mně se nechtělo, ale ona řekla, že nic za mě zařizovat nebude a budeme tam tak dlouho, dokud si to nevyřídím. V tom krámě jsme byli asi 90 minut, než jsem pochopil, že to za mě opravdu neudělá.

Byla to tvrdá, ale dobrá škola a dodnes jsem ji za to vděčný!

Měl jsem výhodu i v tom, že jsem se vlastně připravoval postupně v době střední školy v JÚŠ, kdy v podstatě o nic nešlo a pak jsem byl celkem připraven pro vstup na VŠ.

A ještě jedna věc byla důležitá. I když ta kamarádka byla zpočátku trochu jako černá ovce rodiny, protože mě brala od rodičů, kteří se o mě do té doby starali výhradně sami, dokázala je přesvědčit, že se o mě dokáže postarat i někdo jiný.

Ale celkově to nebylo pro nikoho jednoduché. Pro rodiče to bylo asi těžší a měl jsem zpočátku také problém říct si o pomoc a přijmout ji.“

Na otázku s jakými problémy ses setkal v souvislosti s tvým tělesným postižením v běžném životě, odpověděl Michal takto: „Některé problémy přetrvávají dodnes. Lidé na vozíku jsou většinou automaticky považováni za lidi s mentálním postižením, nemluví, nestudují, nepracují, nemají partnerský ani rodinný život. Někdy mě již opravdu velmi unavuje stále někomu dokazovat, že nejsem blbý a že můžu být rovnocenným partnerem nejen pro komunikaci.

Je velmi těžké přistoupit na to, že když člověk přijde někam poprvé, kde ho lidé neznají, musí začít komunikovat jako první, protože teprve pak ho začnou brát vážně.

Naštěstí jsem byl v rámci tvrdé kamarádčiny školy na to dobře připraven.

Ale výrazný posun společnosti v přístupu k lidem s nějakým znevýhodněním, nevidím ani dnes. Je to vždy spíš zas o konkrétních lidech a hodně záleží na nás samotných a někdy je k tomu skutečně potřeba hodně vnitřní síly.“

2.7. Volnočasové aktivity

Na volnočasové aktivity podle svých slov Michal moc času nemá. Moc rád se setkává s přáteli, má rád pobyt v přírodě, divadlo, kino. A někdy si jen tak naplňuje potřebu úplného klidu a nedělat nic.

Mezi jeho zájmy patří četba literatury, ale momentálně spíše odborná, protože v současné době hlavně zpracovává diplomovou práci, ale jinak má rád životopisy nebo literaturu napsanou na základě skutečné události. Stejně je to i v případě filmu.

Rád si poslechne i hudbu, spíše českou a klidnější. Na jedné straně je podle svých slov docela konzervativní posluchač střední generace, na straně druhé, rád objevuje neznámé umělce, kteří se v rádiích běžně nehrají.

2.8. Komunikace a rodinné vztahy

Na otázku jak sis rozuměl a rozumíš s rodiči a jaký máte vztah, Michal řekl: „S rodiči mám dobrý vztah. Oni by možná řekli něco jiného, ale ve skutečnosti je mám opravdu rád. A vím, že jestli je na světě někdo, kdo má člověka rád takového jaký je, se všemi špatnými i dobrými vlastnostmi, pak je to většinou jen rodina. A u nás to tak je.“

K otázce jak se vyvíjel vztah s tvým sourozencem, pomáhal ti, a jak si s ním rozumíš nyní, se vyjádřil takto: „Sestra je o 12 let starší, takže vlastně zastupovala svým způsobem někdy matku, např. když nebyla doma. Mé postižení alespoň přede mnou nikdy neřešila a chovala se ke mně vždy stejně jako k ostatním. Myslím, že její starší věk byl pro mě spíše výhodou. V době, která tu byla, když jsem se narodil, by to pro mladšího sourozence bylo možná těžší. Ale sestře jsem zase asi zkrátil bezstarostné dětství, dospěla dřív a dodnes má vůči mně ochranné sklony. Náš vztah je bezvadný i dnes, máme se rádi.“

2.9. Současný stav

U Michala jsou při pozorování stále patrné pomalejší pohyby, zejména pak při jemné motorice (jako je např. psaní), je u něj zvýšená nepřesnost a nemotornost pohybů, vše mu trvá delší dobu než zdravému člověku. Z tohoto důvodu je pro něj velmi důležité si předem naplánovat program dne a rozvrhnout si vše vzhledem k jeho pomalejšímu tempu. Ať už se jedná o ranní hygienu, snídani či oblékání ošacení. Specifické je u něj to, že se vždy lekne při nenadálém silném zvukovém podnětu (např. troubení automobilu, puštění hlasité hudby apod.) a lekne se i v případě, že by byl na hlučný zvukový podnět předem připraven.

Ve známém prostředí je Michal víceméně samostatný, pomoc další osoby potřebuje při oblékání, osobní hygieně, přesunutí z elektrického invalidního vozíku na mechanický a opačně a také během pobytu venku, tzn. při cestě do zaměstnání, školy a jiných pochůzkách. K těmto pochůzkám využívá především osobní asistence.

V současné době se Michalovy veškeré snahy soustřeďují na psaní diplomové práce a dokončení studia magisterského oboru Sociální práce na FF UK v Praze a úspěšné složení státnicových zkoušek. Zároveň je zaměstnán jako pracovník v sociálních službách u Pražské organizace vozíčkářů a dále spolupracuje s o.s. OPIM (Organizace na podporu integrace menšin) na projektu Živá knihovna – zmírňování předsudků pomocí osobních rozhovorů s lidmi zastupujícími minoritu, dále je lektorem osobní asistence v o. s. APOA (Asociace pro osobní asistenci) a registrátorem IZS (Integrovaného záchranného systému) pro osoby s tělesným postižením v projektu NRZP (Národní rada osob se zdravotním postižením).

Je svobodný a bydlí s rodiči v bezbariérovém domě ve společném bytě 3+kk v Praze 4

2.10. Dědičnost

Dětská mozková obrna nepatří mezi dědičná onemocnění. Dědičná dispozice určuje pouze stupeň zranitelnosti centrální nervové soustavy (CNS), který ovlivňuje riziko, že další nepříznivý faktor (nízká porodní váha, infekce apod.) způsobí poškození mozku.

2.11. Vlastní sociální poradenství

Cílem kazuistiky je nalezení způsobu co nejsamostatnějšího života dospělého člověka s tělesným postižením, v tomto případě s těžkou formou dětské mozkové obrny. Samostatný a zcela nezávislý život na druhé osobě samozřejmě s tímto postižením není možný. Fyzická závislost je nevyhnutelná. Je nutné, aby však byla i nadále podporována samostatnost v rozhodování. Tím Michal získává důležitý pocit samostatnosti v psychické rovině.

Co se týče samostatnosti v rovině fyzické, měl by podle mého názoru v ještě větší míře využívat služeb osobní asistence, aby se stával čím dál méně závislý na pomoci rodinných příslušníků, především ze strany rodičů v již důchodovém věku, u kterých se v budoucnu bohužel dá předpokládat, že síly budou ubývat. Samozřejmě využívání osobní asistence souvisí také s otázkami financí, ale částečně se dá tato péče hradit z příspěvků na péči a další možností je sehnání vlastního sponzora, který se bude podílet na hrazení těchto nákladů s tím, že bude moci toto sponzorství odečíst v rámci daňového přiznání.

Dalším mým cílem je navrhnout možnosti účelné komprehenzivní (ucelené) rehabilitace, která může výrazně usnadnit život s tímto dlouhodobým chronickým onemocněním. Komprehenzivní rehabilitace se zaměřuje na léčebnou, výchovně-vzdělávací, pracovní, sociální, psychologickou, technickou, právní a ekonomickou rehabilitaci.

Nejprve se zaměřím na rehabilitaci léčebnou. U Michala došlo během prvních 7 měsíců života k velkému prodlení z hlediska speciální léčebné rehabilitace z důvodu pozdní diagnostiky kvadruspastické dětské mozkové obrny. Dnes je možné s takto postižením dítětem a při včasné diagnostice onemocnění rehabilitovat již během pobytu v inkubátoru. Nemusím jistě zdůrazňovat, jak je léčebná rehabilitace pro člověka s tělesným postižením důležitá a měla by probíhat celoživotně. Michal svou léčebnou rehabilitaci v podstatě ukončil v roce 1997 a z vlastního pozorování vím, že se v současné době žádné rehabilitaci nevěnuje. Zdůvodňuje to sice nedostatkem času, ale podle mého názoru by si určitý čas vyšetřit mohl. Z mého pohledu jde spíše o překonání dosavadně nastolených stereotypů, které se jen těžko mění. Je mi také jasné, že u Michala může být k rehabilitacím a cvičení vypěstován určitý odpor, ale i přesto jsou tu různé možnosti rehabilitací považované všeobecně za velmi příjemné. Doporučuji mu například masáže, plavání a domácí individuální cvičení na udržení rozsahu pohybu. Zároveň by pro něj byl vhodný jedenkrát ročně lázeňský pobyt, který je v jeho případě částečně financován ze zdravotního pojištění. Lázeňský pobyt má nejen pozitivní účinky na fyzický stav, ale i psychický, protože bude mít možnost setkat se a povídat si s novými lidmi a navázat přátelský vztah nebo dokonce vztah partnerský, po kterém určitě touží a sám se mi přiznal, že jeho snem je mít jednou vlastní rodinu s dětmi.

Co se týče výchovně-vzdělávací rehabilitace, mělo by být v současné době pro Michala prioritou dokončení magisterského oboru Sociální práce na FF UK v Praze, protože tím se mu otevře možnost lepšího pracovního uplatnění a zároveň platového ohodnocení na trhu práce.

V rovině pracovní rehabilitace nyní podle svých slov také není zcela spokojen, protože momentálně má pouze čtvrtinový pracovní úvazek v Pražské organizaci vozíčkářů v Praze, což je jeho hlavní zdroj příjmů ze zaměstnání. Jenže tento příjem není vysoký a v budoucnu by raději pracoval na vyšší úvazek s vyšším platovým ohodnocením.

K technické rehabilitaci bych doporučovala o zažádání o příspěvek na zakoupení elektrického invalidního vozíku, protože ten současný invalidní vozík je již více jak 10 let starý, a proto zcela nevyhovující. V současné době jsou již v nabídce firem invalidní vozíky modernější, výkonnější a praktičtější než tomu bylo před 10 lety. Navíc elektrický invalidní vozík Michalovi poslouží opět k větší nezávislosti, a pokud bude mít odvahu i k větší samostatnosti i ve venkovním prostředí, kde doposud používal pouze mechanický invalidní vozík s doprovodem osobního asistenta.

3 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA

V této části se zaměřím na druhy dětské mozkové obrny a její členění, projevy a také na příčiny vzniku tohoto závažného onemocnění.

3.1. Centrální obrny

Dle Fishera, Škody patří do nervové soustavy člověka jednak centrální nervová soustava, a jednak periferní nervy. Centrální nervová soustava se skládá z mozku a míchy. Jedná-li se o centrální obrny, jde o postižení centrální nervové soustavy, které se podle rozsahu a stupně závažnosti dělí na parézy, což představuje částečné ochrnutí (obrnů), a plegie, představující úplné ochrnutí (obrnů). Podle lokalizace postižené části těla se pak parézy a plegie dále dělí:

- diparéza (diplegie) představující ochrnutí dolní části těla, především dolních končetin (viz příloha č. 2: Diparéza).
- hemiparéza (hemiplegie) představující vertikální ochrnutí poloviny těla (viz příloha č. 3: Hemiparéza), přičemž v důsledku překřížení nervových drah je ochrnutá vždy opačná polovina těla, než na které je lokalizována léze mozku. Hemiparéza tedy může být pravostranná nebo levostranná. Při hemiparézě je většinou více postižena horní končetina než dolní končetina. Při pravostranné hemiparézě se častěji vyskytují poruchy řeči vzhledem k lokalizaci korové Brodmanovy arey 44 a 45, která je považována za tzv. Broccovo centrum řeči, v levé části frontálního laloku koncového mozku.
- kvadruparéza (kvadruplegie) představující částečné, respektive úplné ochrnutí všech čtyř končetin (viz příloha č. 4: Kvadruparéza). Kvadruparézy vznikají nejčastěji následkem úrazu, v jehož důsledku došlo k přerušení míchy (skoky do vody, dopravní nehody atd.) nebo jako důsledek rozsáhlého krvácení do mozku.

Fisher, Škoda ve své knize Speciální pedagogika uvádějí, že „*Při vzdělávání tělesně postižených se nejčastěji setkáváme s tzv. syndromem centrální parézy, který vzniká v důsledku léze (zranění, poškození) mozku. Obrny mohou být způsobené mozkovými záněty, mozkovými nádory, zraněním hlavy (tzv. traumatické obrny) či postupujícím degenerativním onemocněním mozku a míchy. Mohou se objevit jako následek ictus cerebri, krvácení do mozku či nedokrvení v důsledku embolie atd. Nejvýznamnější z těchto centrálních paréz je dětská mozková obrna (infantilní cerebrální paréza, Littleova nemoc, Cerebral Palsy)*“ (FISHER, ŠKODA 2008, s. 37).

3.2. Základní údaje o dětské mozkové obrně

Dle Fishera, Škody je dětská mozková obrna (DMO) zastřešujícím názvem pro označení skupiny chronických onemocnění charakterizovaných poruchou centrální kontroly hybnosti, která se objevuje v několika prvních letech života (maximálně do 4. roku života) a která se zpravidla v dalším průběhu zhoršuje. Tichý definuje DMO jako syndrom nepokračujícího postižení nezralého mozku. Dětská mozková obrna není nakažlivá (na rozdíl od poliomyelitidy, známé též jako dětská obrna) ani dědičná. Přes veškerý dosavadní výzkum není toto onemocnění vyléčitelné, ani neexistuje jeho spolehlivá prevence. Současná medicína přesto nabízí nemocným s dětskou mozkovou obrnou pomoc, tzv. symptomatologickou léčbu, což je léčba spočívající v částečném zmírňování některých projevů nemoci vedoucí ke zlepšení jejich kvality života.

Příznaky dětské mozkové obrny zahrnují široké spektrum rozsahu postižení. Dle Fishera, Škody „*Nemocný s DMO může mít problémy s jemnými pohybovými vzorci, jako je psaní nebo stříhání nůžkami, může mít obtíže s udržením rovnováhy a s chůzí, může strádat mimovolními pohyby, jako jsou například krouživé pohyby rukou nebo vůlí neovladatelné pohyby úst.*“ (FISHER, ŠKODA 2008, s. 38). Může být přítomen motorický neklid, nedokonalost vnímání, nesoustředěnost, nedostatečná představivost, těkavost, překotné a impulzivní reakce, střídání nálad, výkyvy v duševní výkonnosti, opožděný vývoj řeči, vady řeči. Příznaky dětské mozkové obrny jsou značně individuální a u téhož nemocného se mohou v průběhu času různě měnit.

Jedním z nejcharakterističtějších projevů syndromu centrální parézy jsou poruchy svalového tonusu (napětí svalové tkáně) nebo svalové koordinace. Mezi poruchy napětí svalové tkáně patří dle Fishera, Škody:

- „*Hypertonie, která se projevuje vyšším svalovým napětím, než je fyziologický stav. Označuje se také jako spasticita nebo rigidita. Může kolísat v závislosti na různých podmínkách, včetně např. držení těla, polohy, stresu, teploty atd. Spasticita obvykle postihuje svalovou skupinu flexorů (ohybačů) horních končetin a svalovou skupinu extensorů (natahovačů) dolních končetin.*
- *Hypotonie, která se projevuje snížením svalového napětí. Bývá označována také jako ataxie. Jedná se o neschopnost provádět cílené pohyby. Chůze je nejistá, při provádění pohybů jemné motoriky nastupuje silný třes.*
- *Střídavý tonus, jenž se projevuje krouživými mimovolními pohyby, které jsou nekontrolovatelné, nepravdivé a trhavé. Četnost těchto pohybů často narůstá v závislosti na prožívaných emocích a stresu. Označuje se jako atetóza.“ (FISHER, ŠKODA 2008, s. 38).*

3.2.1. Prevalence dětské mozkové obrny v populaci

Fisher, Škoda uvádějí: „*Počet dětí nemocných dětskou mozkovou obrnou se zvyšuje přibližně od 50. let 20. století, kdy se začala výrazněji zlepšovat péče o matku a dítě a odkdy se také snižuje novorozenecká a kojenecká úmrtnost. V důsledku tohoto pokroku v pediatrii je zachráněno mnoho dětí, které by dříve umírali. Tyto děti jsou však nyní často postiženy právě dětskou mozkovou obrnou. Relativní výskyt DMO v populaci se udává v rozmezí 2-5 ‰, což představuje 2-5 případů na každých 1 000 živě narozených dětí. Počet živě narozených dětí s DMO však výrazně souvisí s jejich porodní hmotností. V souvislosti s porodní hmotností nižší než 1 500 g se uvádí výskyt DMO okolo 5-10 %. U kriticky nízké porodní hmotnosti, tj. nižší než 1 000 g, se výskyt DMO pohybuje v rozmezí 12-23 %. Výsledky výzkumů prováděných v České republice u dětí narozených v letech 1997 – 1999 udávají hodnoty mírně vyšší. U dětí s porodní hmotností nižší než 1 500 g se výskyt DMO pohybuje kolem 14 %. U porodní hmotnosti nižší než 1 000 g je to kolem 25 %.*“ (FISHER, ŠKODA 2008, s. 39).

3.3. Formy dětské mozkové obrny

Ve vymezení forem dětské mozkové obrny je možné nalézt v různých informačních zdrojích určité nejednotnosti. Opatřilová udává tyto formy:

- spastické formy DMO
- nespastické formy DMO
- lehká mozková obrna (LMD)

Problematické se však jeví zařazení lehké mozkové dysfunkce mezi formy dětské mozkové obrny. S tímto řazením nesouhlasí např. Kábele a podle mého názoru také není vhodné. Budu tedy nadále používat dělení forem DMO navrhované např. Vítkovou:

- spastické formy DMO
 - diparetická forma
 - hemiparetická forma
 - kvadraparetická forma
- nespastické formy DMO
 - dyskinetická forma
 - hypotonická forma

V tabulce (viz příloha č. 5: Rozdělení forem DMO podle mezinárodní klasifikace nemocí) je uvedeno třídění forem DMO podle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10).

3.3.1. Spastické formy dětské mozkové obrny

Dle Fishera, Škody: „*Vznikají jako následek poškození centrálních motorických neuronů.*“

„*Mezi základní charakteristické znaky spastických forem dětské mozkové obrny patří porucha aktivní volní hybnosti, svalová hypertonie, stereotypní pohyby. Spastické formy tvoří 60 % všech DMO.*“ (FISHER, ŠKODA 2008, s. 40).

3.3.2. Diparetická forma dětské mozkové obrny

Je jednou z nejčastějších forem dětské mozkové obrny. Dle Fishera, Škody: „*Příčinou je poškození mozku v oblasti temenního laloku. Poškození je časté u předčasných porodů, při nezralosti plodu. Může také vzniknout při komplikovaných porodech v důsledku krvácení do mozku, nebo přerušení zásobování mozkové tkáně kyslíkem. Čím větší je poškozená oblast, tím větší je rozšíření diparézy. Spastická diparéza vzniká pouze v dětství, a to dříve než dítě začne chodit. Velké procento dětí postižených formou DMO se rodí předčasně. Přibližně třetina dětí se rodí do 32. týdne gestace, třetina mezi 32. – 36. týdnem a pouze jedna třetina se rodí v termínu.*

Diparetická forma DMO se projevuje postižením obou dolních končetin, které jsou slabší, zvláště v bérkách. Charakteristická je spastická hypertonie svalových skupin dolních končetin. Postižení může být symetrické, ale i asymetrické, kdy hovoříme o diparéze s pravou či levou orientací.

Ve výjimečných případech dochází k postižení obou horních končetin, avšak toto postižení nebývá tolik vážné. J. Jankovský uvádí, že je to zapříčiněno tím, že dolní končetiny na rozdíl od horních končetin nejsou ještě v okamžiku poškození mozku ve svých funkcích vývojově zralé.

Chůze je ve většině případů možná, avšak dítě většinou začíná chodit až mezi třetím a pátým rokem. Dolní končetiny se díky spasmu adduktorů mohou vtáčet dovnitř a při chůzi se mohou kolena křížit přes sebe. Pokud takto nemocný vůbec chodí, je jeho chůze nemotorná a velmi obtížná, dolní končetiny má toporné a při chůzi se jeho kolena navzájem dotýkají. Vzniká tak charakteristický obraz chůze, který je popisován jako nůžkovitá chůze, chůze s křížením dolních končetin. Při chůzi dochází k předsouvání ramen, předklánění pánve a trupu, našlapování na špičky. Nejčastěji je chůze možná za pomoci berlí nebo s oporou druhé osoby. V nejzávažnějších případech se dítě chodit nenaučí.

U dítěte s diparetickým vývojem není v prvních měsících postnatálního vývoje snad kromě snížené pohyblivosti nic nápadného. Vzhledem ke kraniokaudálnímu směru vývoje pohybových vzorců probíhá psychomotorický vývoj diparetika ze začátku stejně jako u zdravého jedince. Ve 3. – 4. měsících se objevuje vzpor na předloktí („pase koníčky“), později vzpor na rukou. Od 6. měsíce se dítě začíná převalovat. Zde se objevují první chybné pohybové vzorce typické pro diparézu. Zatímco zdravé dítě se převaluje šroubovitým pohybem, diparetik se otáčí po hlavě a ramenou celé tělo najednou.

Ve 3. trimenonu se vyvíjí lezení a u diparetika se objevuje další chybný pohybový vzorec. Zdravé dítě leze střídavým způsobem, přičemž do pohybu zapojuje všechny čtyři končetiny (lezení je jakýsi pohybový „předobraz“ pozdější bipední chůze, při které rovněž dochází ke střídavému pohybu všech čtyř končetin). Diparetické dítě leze pomocí tzv. zaječích přískoků. Zatímco horní končetiny dělají střídavým způsobem „kroky“, dolní končetiny jsou vždy ve skrčené poloze obě současně přitaženy.

Sezení diparetiků se děje se zakloněnou hlavou, dorsální kyfózou a s ohnutými zády. Stoj diparetiků je ve špičkovém postavení v důsledku zkrácení Achillovy šlachy, která táhne patu vzhůru (zdravé dítě stojí na celé ploše nohy, nikoliv pouze na špičce) s flexí a addukcí v kolenních kloubech a vnitřní rotací dolních končetin.

Komplikací spastické diparézy jsou časté luxace kyčelních kloubů, ke kterým dochází v důsledku značné addukce dolních končetin. Bez včasné terapie zaměřené na udržování pohyblivosti kloubů dolních končetin a chodidel dochází k určité vývojové regresi. Kritické období je na začátku školní docházky, kdy dítě sedí delší dobu v lavici. Stává se, že děti, které dříve chodily, jsou později odkázány na vozík.

Epilepsie jako přidružené postižení se u diparetické formy DMO vyskytuje jen zřídka. Taktéž mentální úroveň nebývá ve většině případů narušena.

Terapie diparetické formy DMO musí být zahájena do nejpozději do konce 2. trimenonu. Později už se pouze zabraňuje zhoršování stavu. Bohužel v těchto časných fázích vývoje nemusí být patologický rozvoj psychomotoriky charakteristický pro diparézu ještě vůbec patrný, může tedy dojít k tomu, že optimální období pro zahájení terapie je promeškáno.“ (FISHER, ŠKODA 2008, s. 41-42).

3.3.3. Hemiparetická forma dětské mozkové obrny

Podle Fishera, Škody: „Příčinou postižení hemiparetickou formou DMO je lokalizované poškození, vznikající krvácením do mozku v postranních komorách mozkové kůry. Na etiologii se ze 75 % podílí prenatální a perinatální faktory, u více než 8 % jsou to malformace mozku. Oproti tomu postnatální faktory jsou zaznamenány pouze u 10 % jedinců postižených hemiparetickou formou DMO. Téměř čtvrtina dětí, u nichž je hemiparetická forma diagnostikována, se rodí předčasně. U 25 % případů zůstává etiologie nejasná. Tato forma DMO postihuje ve větší míře chlapce.

U tohoto typu DMO postihne svalové napětí jednu polovinu těla (pravou či levou) a často výrazněji na horní končetině, která bývá ohnutá v lokti, zatímco dolní končetina je napjatá tak, že postižený při chůzi došlapuje na špičku. J. Kraus a O. Šandera uvádějí, že postižené končetiny jsou slabší a zpravidla kratší. Zkrácení může být nepatrné, ale také může dosáhnout až několika centimetrů. Také příslušná polovina obličeje bývá menší.

Hemiparéza začíná být v některých případech patrná už na konci 1. trimenonu a projevuje se omezenou motorikou postižené horní končetiny. Objevuje se rovněž jednostranné držení hlavy v asymetrickém tonickém šíjovém reflexu. S postupným vývojem dítěte se objevují i další příznaky:

- dítě se dívá ke zdravé straně těla,*
- hlava je natočena ke zdravé straně a lehce zakloněna,*
- ústa se otvírají asymetricky, jazyk směřuje ke zdravé straně těla,*
- typickým příznakem je addukce palce, kdy je ruka zaťata v pěst a palec sevřen (tento znak se nevyskytuje u hemiparéz získaných během života, např. při mozkové příhodě),*
- páteř je ve skoliotickém vybočení tvaru C směrem ke zdravé straně.*

Od 5. měsíce je při otáčení dítěte pohyb veden přes postiženou stranu. Postižená horní končetina zůstává ve flexi pod bříškem. Není integrována do pohybu. Při otáčení chybí vzpřímení na předloktích. Lezení je asymetrické – postižená horní končetina je ve flexi tažena pod trupem, postižená dolní končetina je v extenzi. Úchop v 6. měsíci je pouze na zdravé straně. Aktivita i vnímání je pouze na zdravé polovině těla. V průběhu 3. trimenonu je lateralita už velmi nápadná. Děti se podpírají zdravou rukou do sedu a pohybují se smýkavým pohybem v sedě. Ve 12. – 18. měsíci dochází k pokusům o vzpřímení. Při stoji začíná být patrná kyfóza, zapříčiněná přenášením rovnováhy na nepostiženou stranu.

Při každém vzrušení (pozitivním i negativním) se zvyšuje svalový tonus, čímž dochází k znesnadnění nebo úplnému znemožnění rychlých pohybů. Tím se znesnadňuje také jemná motorika. Je proto důležité dítě ve školním prostředí nestresovat. Často se vyskytuje postižení dominance ruky. Dítě nebude upřednostňovat ruku dominantní, ale tu funkčnější. Vzniká tak tzv. vynucené leváctví nebo vynucené praváctví.

Terapii je nutné začít nejpozději ve 4. – 5. měsíci, ještě před tím, než se začne dítě vzpřimovat. Je nutné předejít spontánnímu vývinu patologických vzpřimovacích pohybových vzorců, které by znemožnily správné vzpřimování a zejména pozdější chůzi.

Hemiparéza se promítá i do psychické oblasti a toho, jak sami postižení vnímají své tělo. Postižená polovina je jakoby odmítnuta, ignorována. Objevuje se i deficit ve vnímání prostorových vztahů. J. Pipeková uvádí, že v případě postižení pravé hemisféry bývá u 40 % případů snížena inteligence (průměrně IQ 90). Při poškození levé hemisféry nejeví přibližně polovina postižených žádné známky kognitivní poruchy. U druhé poloviny postižených se inteligence dostává do pásma mentální retardace (průměrně IQ 65).

Nejčastější a nejvýznamnější komplikací, doprovázející hemiparetickou formu DMO, je epilepsie, která může postiženému způsobovat větší omezení než samotné pohybové postižení. Vhodnou terapií se však dají epileptické symptomy alespoň kompenzovat.“ (FISHER, ŠKODA 2008, s. 42-44).

3.3.4. Oboustranná hemiparéza

Dle Fishera, Škody: „Oboustranná hemiparéza je způsobena rozsáhlejším poškozením mozku v obou hemisférách koncového mozku. Spastickou obrnou jsou postiženy všechny čtyři končetiny, avšak intenzita postižení není rovnoměrná. Tato forma dětské mozkové obrny je jedna z nejtěžších. Postižené děti jsou obvykle celoživotně odkázány na pomoc druhých, je charakteristická snížená inteligence a časté epileptické záchvaty.“ (FISHER, ŠKODA 2008, s. 44).

3.3.5. Kvadruparetická forma dětské mozkové obrny

Podle Fishera, Škody: „Kvadruparetická forma je nejzávažnější formou DMO. Vzniká jako následek poškození rozsáhlých částí senzomotorické oblasti kortexu. Kvadruparéza je z jedné třetiny zapříčiněna prenatálními faktory, často jsou zaznamenány malformace mozku. Nízká porodní hmotnost se vyskytuje ve 25 % případů. J. Kraus uvádí, že častou příčinou jsou též infekce CNS (meningitidy, encefalitidy, meningoencefalitidy). Při kvadruparéze je postiženo celé tělo, hlava, trup a všechny čtyři končetiny. Hlava se nachází v tzv. opistotonním postavení (opistotonus) způsobeném spasmu zádočných a šíjových svalů. Trup je v důsledku svalových spasmů ohnutý dozadu. Paže jsou převážně ohnuté v pronačním postavení. Ruce jsou zaťaty v pěst, vytočeny v zápěstí směrem dolů a ven. Ruka se nepodílí na úchopu, zůstává bez síly, pevný stisk není možný. Narušeny jsou i úchopy – kvadruparetik je obvykle schopen pouze pinzetového úchopu, kterého se neúčastní celá ruka. Nohy a kyčle jsou často v chybném postavení, natažené, s vnitřní rotací.

Těžké formy kvadraparézy jsou nápadné už v novorozeneckém věku. Objevují se poruchy primárních reflexů (sání, polykání, otvírání úst), spontánní pohyblivost je podle vzoru tonických šijových reflexů. Děti musí být krmeny sondou. Od prvních týdnů života je patrné natažení dolních končetin, ohnutí rukou a konstantní opistotonus s natočením hlavy.

U středně těžké formy kvadraparézy je patologický vývoj patrný na konci 1. trimenonu. Dítě nezvedne hlavičku, chybí vzpor na předloktí („nepase koničky“), patrné je asymetrické držení hlavy, nohy a kyčle jsou ohnuté.

Vnější podněty provokují u kvadraparetika Moorův reflex – úlekovou reakci s rozhozením rukou a nohou, s opistotonním postavením hlavy. Opistotonus a vysoké napětí obličejových svalů způsobují mimickou inaktivitu postižených. Často jsou otevřena ústa. Vytékají sliny, protože bývá postiženo polykání. Příjem potravy je značně ztížen, neboť chybí pohyb mandibuly ze strany na stranu, tudíž postižení jedinci nedokáží žvýkat. Chybí také postranní pohyb jazyka.

Velmi je ztížen vývoj řeči. Dochází k dysartrii až anartrii. Osobám s dobrým intelektem mohou v dospělosti právě tyto poruchy bránit v sociálním začlenění. Vnímání je málo diferenciované a velmi narušené. Opírá se pouze o distanční smysly (zrak, sluch), ale chybí přímé kontakty a podněty. Následkem je strach z pohybu a z prostoru. Uvědomění si vlastního těla je obvykle lokalizováno jen na oblast hlavy a rukou.

Ve většině případů doprovází kvadraparetickou formu DMO další postižení: obvykle těžká mentální retardace, smyslové vady, častý výskyt epilepsie. Největší riziko představuje obávaný Westův syndrom. Patří mezi časné epileptické encefalopatie a svou incidencí je srovnatelný s DMO, tj. postihuje cca tři promile dětí. U devadesáti sedmi procent případů se objeví do jednoho roku věku, maximum výskytu je mezi 3. až 7. měsícem. Typické pro tento syndrom jsou infantilní spasmy, tzv. bleskové křeče (rozhození paží s následnou tonickou flexí horních končetin), doprovázené hypsarytmií na EEG. Mnohdy je spouštěcím faktorem prvních infantilních spasmů vakcinace, zejména proti pertussi (dávivému kašli). Po vzniku záchvatů Westova syndromu dochází k zástavě nebo regresi psychomotorického vývoje dítěte. Persistující mentální retardace se objevuje u 85 % případů dětí postižených tímto syndromem.“ (FISHER, ŠKODA 2008, s. 44-45).

3.3.6. Nespastické formy dětské mozkové obrny

Podle Fishera, Škody: „Pro tyto formy DMO je charakteristická absence svalového napětí. Poškození mozku, způsobující nespastické formy DMO, se projevují mimo pyramidovou dráhu. Pro cílenou volní motoriku je rozhodující korové motorické centrum.“ (FISHER, ŠKODA 2008, s. 45-46).

3.3.7. Dyskinetická forma dětské mozkové obrny

Její příčinou je poškození mozku v oblasti bazálních ganglií, což vyvolává pohybový chaos, který se demonstruje jako nepotlačitelné pohyby.

Dle Fishera, Škody: „Dyskinetická forma patří mezi méně časté formy DMO. Udává se, že jí trpí přibližně pětina jedinců postižených DMO. V etiologii značně převažují perinatální faktory (asfyxie, hypotrofičtí novorozenci s hypoxií), dále jsou to faktory prenatalní a jen malou část tvoří postnatální nebo nezjistitelné faktory. I. Lesný uvádí, že na vzniku této formy DMO se nejčastěji podílí novorozenecká žloutenka, která je následkem inkompatibility Rh-faktoru mezi matkou a plodem. Tato forma DMO je charakterizovaná mimovolními pomalými krouživými pohyby. Tyto abnormální pohyby postihují obvykle ruce, nohy, případně celé horní nebo dolní končetiny. V některých případech je postiženo svalstvo tváře a jazyka, což vede ke grimasám, žmoulavým pohybům úst, mlaskání apod. Abnormální pohyby se nezřídka zvyrazňují při emočním stresu, a naopak mizí ve spánku. J. Kraus rozlišuje dvě podskupiny dyskinetické formy DMO:

- podskupina hyperkinetická
- podskupina dystonická.

U hyperkinetické podskupiny jsou velmi nápadné abnormální, masivní neúčelné pohyby. Naproti tomu u dystonické podskupiny jsou časté a charakteristické náhlé změny svalového tonu. Dystonické případy se vyskytují častěji. V praxi se můžeme vzácně setkat i se smíšenou dystonicko-hyperkinetickou formou.

Novorozenci s dyskinetickou formou DMO bývají zprvu hypotoničtí. Zvýšení svalového napětí je patrné až kolem poloviny druhého trimenonu. Vývoj dyskinetické formy DMO je pozvolný a nenápadný. Mezi první symptomy patří nadměrné otevření úst a neschopnost vydržet v jedné poloze. Teprve mezi 1. až 3. rokem se příznaky plně rozvíjejí, zejména jsou patrné mimovolní pohyby končetin. Rozsah mimovolních pohybů je různý, od malých jednotlivých záškubů až po rozsáhlé pohyby celé poloviny těla.

Řeč dystoniků bývá značně nesrozumitelná a pomalá. Z dalších doprovodných postižení se přidružují poruchy sluchu, zrakové problémy (strabismus), problémy s polykáním. Vzhledem k tomu, že dyskinetická forma DMO vzniká následkem postižení hlubších oblastí mozku, korové funkce zůstávají zachovány. Proto se u této formy DMO prakticky nevyskytuje mentální retardace, popřípadě pouze v rozsahu lehké mentální retardace. Stejně tak výskyt epilepsie je minimální.“ (FISHER, ŠKODA 2008, s. 46-47).

3.3.8. Hypotonická forma dětské mozkové obrny

Fisher, Škoda uvádějí, že: „V souvislosti s etiologií Kraus uvádí rozsáhlé malformace mozku, perinatální hypoxicko-ischemické poškození míchy, perinatální nebo prenatální hypoxii. Poškozena bývá zejména oblast mozečku (cerebellum). Tato vzácná forma (pouze 6 % výskytu všech DMO) postihuje především vnímání rovnováhy a tzv. hlubokou citlivost (propriocepci). Postižení mají často špatnou pohybovou koordinaci, jejich chůze je nestabilní, o široké bázi (připomíná opileckou chůzi), chodidla pokládají neobvykle daleko od sebe (s cílem zajištění vyšší rovnováhy).

Při hypotonické formě DMO jsou motorické projevy jedince velmi chudé. Dítě bezvládně leží nebo sedí, popř. se pohybuje jen málo. Svalový tonus je velmi snížen. Je zřejmá celková pohybová pasivita. U menších dětí s hypotonickou formou DMO se vyskytuje zvýšená pohyblivost v kloubech, zejména dolních končetin, avšak i horních končetin a páteře. F. Kábele uvádí, že takovým dětem je možno dát nohy až za hlavu, svinout je např. do klubička apod. Nemocní mohou mít také takzvaný intenzívní tremor, třes objevující se při volní hybnosti; například když se postižený snaží uchopit knihu, ruka, kterou pro ni natahuje, se mu při tom roztřese a třes se zvýrazňuje, jak se ruka přibližuje ke kýženému předmětu.

V novorozeneckém období je patrná nápadná svalová hypotonie, novorozenci musí být krmeni sondou, neboť chybí některé reflexy nutné pro příjem potravy. Ve 3. měsíci je dítě bez aktivního pohybu a cíleného očního pohledu, častý je horizontální nystagmus. Už na konci 2. trimenonu se projevuje zřejmá psychomotorická retardace. V osmi měsících je první pokus o úchop provázen třesem. Dětem chybí vůle po pohybu, samostatně chodí až od 3. do 7. roku pomalým trhavým krokem. Značně je oslabena hybnost jazyka. Mohou se objevovat problémy se sliněním, kousáním a polykáním. V klinickém obraze hypotonické formy DMO jsou těžké poruchy řeči.“ (FISHER, ŠKODA 2008, s. 47-48).

3.4. Další postižení přidružená k dětské mozkové obrně

V závislosti na formě DMO často dochází k dalším přidruženým postižením. Mluvíme o tzv. kombinovaném postižení.

Často bývá přidruženým postižením mentální retardace, která významně zhoršuje možnost socializace a resocializace jedince s postižením do společnosti, omezuje možnosti jeho vzdělávání a profesního uplatnění.

Procentuální výskyt mentální retardace v závislosti na formě dětské mozkové obrny udává tabulka (viz příloha č. 6: Výskyt mentální retardace (MR) u postižených s DMO).

Dalším významným přidruženým postižením DMO je epilepsie, která se v určité míře vyskytuje u všech forem dětské mozkové obrny.

Socializaci jedince s dětskou mozkovou obrnou často více než samotné postižení znesnadňují poruchy řeči. U dyskinetické formy dětské mozkové obrny jsou poruchy řeči způsobené narušenou svalovou koordinací. Velmi důležitá je včasná logopedická péče nebo v těžších případech nácvik metod alternativní komunikace. Procentuální zastoupení poruch řeči vyskytující se při DMO je v tabulce (viz příloha č. 7: Výskyt poruch řeči u postižených s DMO).

Kromě uvedených doprovodných postižení se u jedinců s diagnózou dětské mozkové obrny vyskytují i smyslové poruchy a poruchy učení (zejména u hemiparetická formy DMO).

3.5 Příčiny vzniku dětské mozkové obrny

Fisher, Škoda uvádějí: „*Při pátrání příčině DMO u konkrétního dítěte berou lékaři v úvahu zejména formu DMO, anamnézu matky (zejména průběh těhotenství a porodu) a anamnézu dítěte od porodu až do současnosti; důležitá je také doba, kdy se nemoc začala projevovat. Obecně však platí, že ve většině případů není přesná příčina DMO známá. Bohužel díky tomu zůstávají reálné možnosti účinné prevence DMO velmi omezené.*“ (FISHER, ŠKODA 2008, s. 49-50). Dále uvádím nejčastější identifikovatelné příčiny, které mohou vést ke vzniku DMO.

3.5.1. Prenatální příčiny vzniku dětské mozkové obrny

Prenatálním obdobím se rozumí období od počátku těhotenství do porodu, kdy může působit celá řada rizikových faktorů podílejících se na vzniku dětské mozkové obrny. Nebezpečné jsou především infekce matky v prvním trimestru těhotenství.

Mozek vyvíjejícího se plodu však mohou poškodit infekce cytomegalovirem (HCMV) z rodiny herpetovirů. Až u 40 % žen s touto infekcí během těhotenství může dojít k přenosu infekce na plod, a to v jakékoli fázi gravidity. Těhotné ženě s primární infekcí HCMV se doporučuje přerušení gravidity. Riziková je rovněž infekce toxoplazmózy u matky. Jedná se o onemocnění, jež může postihnout plod ve kterémkoliv období vývoje. U tohoto onemocnění záleží na období gravidity, ve kterém matka onemocněla. Čím dříve k onemocnění matky došlo, tím je poškození plodu větší.

Dle Fishera, Škody: „*Rizikovým faktorem pro vznik DMO v období gravidity je i abúzus návykových a toxických látek – alkohol, nikotin, drogy, některé léky atd. Riziko vzniku DMO zvyšuje i hypertenze matky, která může vést až k vývinu tzv. preeklampsie (pozdní gestóza) projevující se mimo jiné hypoxií plodu.*“ (FISHER, ŠKODA 2008, s. 50).

Mezi perinatální příčiny vzniku DMO řadíme i Rh-inkompatibilitu (různý Rh-faktor v krvi matky a vyvíjejícího se plodu) s následnou novorozeneckou žloutenkou. Díky různému Rh-faktoru u matky a dítěte dochází v krátkém časovém úseku k rozpadu velkého množství červených krvinek. Zvyšuje se tak hladina bilirubinu v krvi, pak přechází do mozku plodu, kde postihuje především bazální ganglia.

3.5.2. Perinatální příčiny vzniku dětské mozkové obrny

Podle Fishera, Škody: „*Perinatálním obdobím rozumíme období porodu a bezprostředně po něm. Je to období extrémní zátěže jak pro matku, tak především pro dítě. Současná vysoká úroveň neonatologické péče je úspěšná při snižování novorozenecké mortality u předčasně narozených plodů, je však třeba říci, že se tak děje na úkor zvýšené morbidit u většiny nezralých dětí. Z perinatálních příčin jsou nejzávažnější abnormální porody, protražované porody, překotné porody.*“ „*Zvýšené riziko může rovněž předznamenávat porod pánevním koncem nebo užití nadměrného množství analgetik a anestetik rodičkou.*“ (FISHER, ŠKODA 2008, s. 51).

Za těchto okolností dochází k hypoxii plodu (nedostatečné okysličení). Prakticky každé dítě prochází v perinatálním období hypoxií, přesáhne-li však hypoxie kompenzační možnosti plodu, dojde k asfyxii (přidušení plodu). V krátké době pak následuje hypoxicko-ischemická encefalopatie, rozvíjí se edém na mozku spojený s nekrózou neuronů.

Dle Fishera, Škody: „*Velmi nebezpečné je rovněž krvácení do mozku, ke kterému dochází např. při nadměrném stlačení lebky novorozence nebo při protrahovaných porodech, kdy je tělo rodičeho se dítěte vystaveno značnému nitroděložnímu tlaku, zatímco vyčnívající hlavička se nachází již v normálním atmosférickém tlaku. Působením tohoto tlaku se nasává do vyčnívající části hlavy krev, a zatímco přítok tepenné krve neustále trvá, žilní krev proti nitroděložnímu tlaku téměř nemůže odtékat.*“ (FISHER, ŠKODA 2008, s. 51).

3.5.3. Postnatální příčiny vzniku dětské mozkové obrny

V období po porodu mohou na dítě působit další faktory mající vliv na vznik dětské mozkové obrny. Nevyskytují se však již ani zdaleka tak často, jako faktory prenatální a perinatální. Patří sem zejména infekce CNS (meningitidy a encefalitidy různé etiologie), závažná traumata mozku, rané plicní a střevní infekce či otravy toxického původu.

4 MOŽNOSTI PODPORY

V této části se zaměřím na možnosti integrace a komprehenzivní rehabilitaci.

4.1. Možnosti integrace

Integraci (z latinského integer = neporušený) lze vymezit jako snahu o úplné zapojení, splynutí, začlenění handicapovaného jedince ve společnosti. Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje integraci jako sociální rehabilitaci, jako schopnost osoby podílet se na obvyklých sociálních procesech.

Jelikož existují osoby s různým druhem a stupněm znevýhodnění, k jehož vzniku došlo v různé době, mělo by být cílem společnosti, aby došlo integraci těchto jedinců do většinové společnosti. Tím pádem se jedná o integraci adekvátní.

V době komunismu byly tendence opačné, ve smyslu segregace (z latinského segregatio = oddělování, je opačným pojmem integrace, jedná se o společenské oddělování, vylučování), kdy byly lidé s postižením umisťováni ve speciálních školách pro tělesně postižené, popř. v ústavech sociální péče.

Současný postoj směřuje jednoznačně k integraci znevýhodněných jedinců do většinové („zdravé“) populace. Jedná se o ukazatel úrovně povědomí a kulturní vyspělosti společnosti.

V rámci integračního procesu je nezbytné vymezit hranice integrace. Ty jsou dány druhem stupněm znevýhodnění. Ta mohou být taková, že lze jedince integrovat bez větších problémů. Mohou být také taková, že integrační proces je obtížný a problematický. Existují handicap, kdy integrace prakticky není možná, kdy je nutný například trvalý ústavní pobyt.

Integrativní snahy jsou popisovány dle Fishera, Škody popisovány v následujících modelech:

- *„Medicínský model, který vychází z biologických, organických nebo funkčních příčin. Vede k péči, která je orientována medicínsky. Cílem je léčba a překonání poruchy a handicapu. Integrace znamená reintegraci po léčbě, změna školského systému není nutná, integrace spočívá v přizpůsobení se stávající struktuře.*

- *Sociálně patologický model, vychází z toho, že integrační obtíže nevycházejí z biologických odlišností, ale z problémů sociálních. Základním problémem je otázka společenské přizpůsobivosti a diskriminace. Integrace je podporována speciální terapií.*
- *Model prostředí, řeší otázku, jak se má škola či jiné zařízení či instituce změnit, aby změna byla ve prospěch znevýhodněného jedince. Jedinci jsou integrováni do běžného prostředí, které se mění vzhledem ke specifčnosti potřeb všech účastníků.*
- *Antropologický model, u něhož nejde primárně o zlepšení prostředí, úpravy, speciální nabídku, ale o lepší interpersonální vztahy a interakce. Jedná se nejen o to, aby se handicapovaní jedinci mohli podílet na společenské seberealizaci dohromady s okolím, ale zejména je důležité vzájemné respektování všech s ohledem na jejich jedinečnost a potřeby.*“ (FISHER, ŠKODA 2008, s. 24).

Podle mého názoru, je nejlepší variantou spojit všechny výše popisované modely a tím dosáhnout optimální integrace na všech úrovních.

4.2. Komprehenzivní rehabilitace

Rehabilitace (z latinského *habilitas* = schopnost, *re* = znovu) lze vymezit jako souhrn postupů, zaměřených na úpravu společenských vztahů, možností společenské a pracovní seberealizace. Cílem je subjektivní uspokojení speciálních potřeb handicapovaného jedince.

Dle Fishera, Škody: „Vzhledem k výše uvedeným cílům rehabilitace tento proces zasahuje řadu aspektů a oblastí společenského života. Proto se objevuje i přístup, hovořící o **komprehenzivní (ucelené) rehabilitaci**. Rehabilitace je komplexně realizována v oblasti:

- **léčebné** – léčba medikamentózní, operace, rehabilitace, fyzioterapie,
- **výchovně vzdělávací** – výchova a vzdělávání obecně, profesní příprava,
- **pracovní** – kvalifikace a rekvalifikace, rozvoj dovedností a návyků, zvyšování profesní a odborné pracovní úrovně,
- **sociální** – pomoc při zajištění zaměstnání, bydlení, úkonů nutných k životu ve společnosti,
- **psychologické** – psychoterapie, ovlivňování motivace a postoje,
- **technické** – protézy a pomůcky, bezbariérové přístupy,
- **právní** – legislativní opora k zajištění práv a nezbytné péče,
- **ekonomické** – organizace specifické pracovní činnosti s handicapem.“ (FISHER, ŠKODA 2008, s. 31).

5 SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ

Jednou z možností, jak pomoci lidem se zdravotním postižením a jejich rodinám, je využít sítě finančních dávek poskytovaných státem, tedy dávek státní sociální podpory dle Zákona č. 117/1995 Sb. Jedná se především o rodičovský příspěvek, sociální příplatek, příspěvek na bydlení.

Další možností je využít dávek sociální péče dle Vyhlášky MPSV č. 182/1991 Sb. A to především jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek, na úpravu bytu, na zakoupení motorového vozidla, na celkovou opravu motorového vozidla, na zvláštní úpravu motorového vozidla, na provoz motorového vozidla, na individuální dopravu, na úhradu za užívání bezbariérového bytu, na úhradu za užívání garáže. Zároveň se vedle dávek sociální péče poskytují občanům se zdravotním postižením mimořádné výhody a bezúročné půjčky.

Níže uvedený text uvádí pouze zjednodušené informace z elektronického zdroje MPSV o sociálním zabezpečení, sociálních službách a důchodovém pojištění. Úplné informace jsou v příslušném právním předpise (viz seznam literatury).

5.1. Státní sociální podpora

V případě zdravotního postižení dítěte nebo rodiče se některé dávky státní sociální podpory poskytují za jiných podmínek, po delší dobu nebo ve vyšší částce. Dávkami, které zohledňují zdravotní stav dítěte nebo rodiče, jsou rodičovský příspěvek, sociální příplatek, příspěvek na bydlení.

5.1.1. Rodičovský příspěvek (§ 30 až 32)

U zdravotně postižených dětí má rodič nárok ode dne posouzení dítěte jako dítěte dlouhodobě zdravotně postiženého nebo dlouhodobě těžce zdravotně postiženého na rodičovský příspěvek v základní výměře (7 600 Kč) do 7 let věku dítěte, a to bez ohledu na dříve zvolenou možnost čerpání rodičovského příspěvku (před posouzením zdravotního stavu dítěte). Pokud tomuto dítěti náleží příspěvek na péči (podle zákona o sociálních službách), má rodič nárok na rodičovský příspěvek v poloviční výši. Pokud rodič pečuje o dítě dlouhodobě zdravotně postižené nebo dlouhodobě těžce zdravotně postižené a toto dítě nepobírá příspěvek na péči, náleží rodičovský příspěvek v nižší výměře (3 000 Kč) od 7 do 10 let věku dítěte.

5.1.2. Sociální příplatek (§ 20 až 23)

Cílem této dávky je pomáhat rodinám s nízkými příjmy krýt náklady spojené se zabezpečováním jejich potřeb. Nárok na sociální příplatek je vázán na péči o nezaopatřené dítě a na stanovenou hranici příjmů v rodině, která v předchozím kalendářním čtvrtletí musí být nižší než dvojnásobek životního minima rodiny. Se zvyšujícím se příjmem rodiny se příplatek postupně snižuje.

Sociální příplatek se zvyšuje v případech, kdy dítě je dlouhodobě těžce zdravotně postižené, dlouhodobě zdravotně postižené nebo dlouhodobě nemocné, zohledněny jsou také zdravotní postižení nebo osamělost rodiče.

5.1.3. Příspěvek na bydlení (§ 24 až 28)

Touto dávkou stát přispívá na náklady na bydlení rodinám a jednotlivcům s nízkými příjmy. Nárok na příspěvek na bydlení má vlastník nebo nájemce bytu přihlášený v bytě k trvalému pobytu, jestliže 30 % (v Praze 35 %) příjmů rodiny nestačí k pokrytí nákladů na bydlení a zároveň těchto 30 % (v Praze 35 %) příjmů rodiny je nižší než příslušné normativní náklady stanovené zákonem.

5.2. Dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením

Podmínky, za kterých se poskytují dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením, jsou upraveny ve vyhlášce Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „vyhláška č. 182/1991 Sb.“).

Dávky sociální péče jsou poskytovány:

- osobám s trvalým pobytem na území ČR,
- osobám, na které se vztahuje přímo použitelný předpis Evropských společenství (tj. migrujícím pracovníkům členských států EU a jejich rodinným příslušníkům),

občanům členského státu EU a jejich rodinným příslušníkům, kteří jsou hlášeni na území ČR déle než tři měsíce.

Druhy dávek

- jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek,
- příspěvek na úpravu bytu,
- příspěvek na zakoupení motorového vozidla,
- příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla,
- příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla,
- příspěvek na provoz motorového vozidla,
- příspěvek na individuální dopravu,
- příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu,
- příspěvek na úhradu za užívání garáže.

Vedle dávek sociální péče se poskytují rovněž:

- mimořádné výhody (průkazy TP, ZTP a ZTP/P)
- bezúročné půjčky.

5.2.1. Jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek (§ 33)

Jedná se o jednorázové, nenárokové dávky sociální péče, které poskytuje obecní úřad obcí s rozšířenou působností.

Občanu těžce zdravotně postiženému může být poskytnut tento peněžitý příspěvek na opatření pomůcky, kterou potřebuje k odstranění, zmírnění nebo překonání následků svých postižení. Příspěvek se neposkytuje, pokud potřebnou pomůcku propůjčuje nebo plně hradí příslušná zdravotní pojišťovna.

Příspěvek lze poskytnout na opatření zvláštních pomůcek uvedených v příloze č. 10: Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro těžce zdravotně postižené občany. Potřebuje-li tělesně postižený občan k překonání následků těžkého zdravotního postižení rehabilitační nebo kompenzační pomůcku, která v příloze uvedena není, může mu být poskytnut příspěvek na opatření takové pomůcky, která je s pomůckou uvedenou v příloze č. 10: Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro těžce zdravotně postižené občany srovnatelná. Srovnání provádí úřad, který o dávce rozhoduje.

Příspěvek na opatření zvláštních pomůcek se poskytuje ve výši, která umožňuje opatření pomůcky v základním provedení (takové provedení, které občanu plně vyhovuje a splňuje podmínky nejmenší ekonomické náročnosti). Maximální výši příspěvku určuje i příloha č. 10: Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro těžce zdravotně postižené občany.

Na úhradu nákladů spojených se zácvikem pro používání pomůcek uvedených v příloze č. 10: Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro těžce zdravotně postižené občany, lze poskytnout příspěvek v plné výši prokázaných nákladů.

Platí zde závazek, že příspěvek na opatření zvláštních pomůcek lze poskytnout pouze, pokud se žadatel písemně předem zaváže, že vrátí příspěvek (jeho poměrnou část) v případě, že

- a) zvláštní pomůcka, na jejíž opatření byl příspěvek poskytnut, přestane být před uplynutím 5 let ode dne vyplacení příspěvku jeho vlastnictvím
- b) do 6 měsíců ode dne vyplacení nepoužije příspěvek na opatření zvláštní pomůcky, popřípadě použije jen část příspěvku.

Příspěvek nebo jeho poměrná část se nevrací v případě, že občan, kterému byl vyplacen, zemře.

5.2.2. Příspěvek na úpravu bytu (§ 34)

Jedná se o jednorázovou, nárokovou dávku sociální péče, kterou poskytuje obecní úřad obce s rozšířenou působností. Je určen občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí omezujícími ve značném rozsahu jejich pohyblivost (viz příloha č. 11 písm. a) až g): Těžké vady nosného nebo pohybového ústrojí). Nebo rodičům nezaopatřeného dítěte (dítě je starší 3 let a má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí) a to na byt, který užívají k trvalému bydlení.

Platí zde závazek, že příspěvek na úpravu bytu se poskytne jen, pokud se žadatel zaváže písemně předem, že:

- příspěvek (zálohu) vyúčtuje do tří let od zahájení řízení
- příspěvek (jeho poměrnou část) vrátí v případě, že byt vymění, byt prodá nebo dojde-li k jiné změně užívacího nebo vlastnického práva k bytu před uplynutím deseti let od jeho poskytnutí
- vrátí poměrnou část příspěvku v případě, že plánované úpravy se neuskuteční v rozsahu podle schválené dokumentace a vyplacený příspěvek přesáhl 70 % skutečně vynaložených nákladů.

Vrácení příspěvku nebo jeho poměrné části se nepožaduje, jestliže jeho výše nepřesáhla 5000 Kč nebo jestliže zemře občan nebo dítě, jehož rodiči byl poskytnut. Od vymáhání příspěvku je může obecní úřad obce s rozšířenou působností ve zřetelohodných případech upustit.

Rozsah úprav se posoudí se zřetelem na závažnost a druh zdravotního postižení občana.

Výše příspěvku na úpravu bytu se určí se zřetelem na příjmy a majetkové poměry občana a jeho rodiny, a to až do výše 70 % prokázaných nákladů účtovaných fyzickými nebo právnickými osobami za materiál a práce spojené s nezbytnými výdaji, včetně projektových prací, nejvýše

- a. 50 000 Kč nebo
- b. 100 000 Kč u příspěvku na stavební úpravy spojené s instalací výtahu, který je poskytován z toho důvodu, že nelze použít šikmou schodišťovou plošinu.

Příspěvek na úpravu bytu je možno poskytnout i formou zálohy (maximálně ve výši 50 % předpokládané výše příspěvku).

5.2.3. Příspěvek na zakoupení motorového vozidla a příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla (§ 35)

Jedná se o jednorázovou, obligatorní dávku sociální péče, kterou poskytuje obecní úřad obce s rozšířenou působností. Je určen občanu s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, která je uvedena v příloze č. 11 v písmenech a) až g): Těžké vady nosného nebo pohybového ústrojí. Je určen občanu, který motorové vozidlo bude používat pro svou dopravu a který není umístěn k celoročnímu pobytu v ústavu sociální péče, popřípadě ve zdravotnickém nebo obdobném zařízení a je odkázán na individuální dopravu. Nebo rodiči nezaopatřeného dítěte, jde-li o dítě starší tří let a s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí (příloha č. 11 písm. a) až g): Těžké vady nosného nebo pohybového ústrojí) a jeho postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany III. stupně. Podmínkou je, že rodič bude motorové vozidlo používat pro dopravu tohoto dítěte. Pokud je dítě umístěno k celoročnímu pobytu v ústavu sociální péče, popřípadě ve zdravotnickém nebo obdobném zařízení, je podmínkou pro poskytnutí příspěvku, že rodič dítě pravidelně navštěvuje. Příspěvek může být poskytnut jen jednomu z rodičů.

Příspěvek se poskytuje na období pěti let. Tato podmínka neplatí, pokud žadatel vrátil příspěvek nebo jeho poměrnou část. Jednou v období deseti let po sobě jdoucích lze výjimečně poskytnout příspěvek na zakoupení motorového vozidla před uplynutím pěti let ode dne vyplacení předchozího příspěvku, dojde-li k poškození, zničení nebo odcizení vozidla, na které byl příspěvek poskytnut, a je-li prokázáno, že žadatel toto poškození, zničení nebo odcizení vozidla nezavinil. V případě žádosti o příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla musí být dále prokázáno, že je taková oprava nevyhnutelná. Podmínkou pro poskytnutí příspěvku na zakoupení motorového vozidla v případě odcizení dále je, že odcizené motorové vozidlo bylo pro případ odcizení pojištěno.

Platí zde závazek, že příspěvek na zakoupení motorového vozidla a příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla se poskytne pouze, zaváže-li se žadatel písemně předem, že vrátí vyplacený příspěvek nebo jeho poměrnou část v případě, že

- a. motorové vozidlo, na jehož zakoupení nebo opravu příspěvek použije, přestane být před uplynutím pěti let ode dne vyplacení příspěvku jeho vlastnictvím,
- b. motorové vozidlo přestane být před uplynutím pěti let ode dne vyplacení příspěvku používáno pro jeho dopravu nebo pro dopravu dítěte,
- c. do dvou měsíců ode dne zakoupení motorového vozidla nepřestane být vlastníkem původního motorového vozidla, s výjimkou jednostranného motorového vozidla; za původní motorové vozidlo se nepovažuje motorové vozidlo, na jehož zakoupení nebo celkovou opravu je podána žádost o příspěvek,
- d. do šesti měsíců ode dne vyplacení nepoužije příspěvek na zakoupení nebo opravu motorového vozidla.

Příspěvek nebo jeho poměrná část se nevymáhají v případě, že občan, kterému byl vyplacen, zemře do pěti let ode dne jeho vyplacení, nebo, jde-li o příspěvek vyplacený rodiči, když dítě přestalo splňovat podmínku nezaopatřenosti, ale motorové vozidlo je nadále používáno pro jeho dopravu nebo když dítě zemřelo.

Výše příspěvku na zakoupení motorového vozidla činí nejvýše 100 000 Kč, výše příspěvku na celkovou opravu motorového vozidla činí nejvýše 60 000 Kč. Výše příspěvků se určí zejména s ohledem na majetkové poměry žadatele a osob považovaných podle zákona o důchodovém pojištění za osoby jemu blízké, které s ním žijí v domácnosti.

..

Součet příspěvků na zakoupení motorového vozidla, příspěvků na celkovou opravu motorového vozidla a příspěvků na zvláštní úpravu motorového vozidla nesmí v období deseti let po sobě jdoucích přesáhnout částku 200 000 Kč. Od vyplacených částek se při určování součtu odečítají částky, které žadatel vrátil v uvedeném období.

5.2.4. Příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla (§ 35)

Jedná se o jednorázovou, obligatorní dávku sociální péče, poskytuje obecní úřad obce s rozšířenou působností. Je určen občanu s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, která je uvedena v příloze č. 11: Těžké vady nosného nebo pohybového ústrojí. Podmínkou pro poskytnutí tohoto příspěvku je, že žadatel sám řídí motorové vozidlo a pro své trvalé zdravotní postižení zvláštní úpravu motorového vozidla nezbytně potřebuje.

Příspěvek se poskytne v plné výši ceny takovéto úpravy. Výjimkou je situace, kdy by součet vyplacených příspěvků na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla v posledních 10 letech přesáhl částku 200 000 Kč.

Platí zde závazek, že příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla se poskytne pouze, pokud se žadatel zaváže písemně předem, že vrátí vyplacený příspěvek nebo jeho poměrnou část v případě, že

- a. motorové vozidlo, na jehož zvláštní úpravu příspěvek použije, přestane být před uplynutím pěti let ode dne vyplacení příspěvku jeho vlastnictvím,
- b. motorové vozidlo přestane být před uplynutím pěti let ode dne vyplacení příspěvku používáno pro jeho dopravu,
- c. do dvou měsíců ode dne zakoupení motorového vozidla nepřestane být vlastníkem původního motorového vozidla, s výjimkou jednostopého motorového vozidla,
- d. do šesti měsíců ode dne vyplacení nepoužije příspěvek na úpravu motorového vozidla.

Příspěvek nebo jeho poměrná část se nevymáhají v případě, že občan, kterému byl vyplacen, zemře do pěti let ode dne jeho vyplacení.

5.2.5. Příspěvek na provoz motorového vozidla (§ 36)

Jedná se o jednorázovou, nárokovou dávku sociální péče, kterou poskytuje obecní úřad obce s rozšířenou působností. Je určen občanu, který je vlastníkem nebo provozovatelem motorového vozidla,

- jehož zdravotní postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany II. nebo III. stupně, a který bude používat toto motorové vozidlo pro svou pravidelnou dopravu,
- který toto motorové vozidlo bude používat pro pravidelnou dopravu manžela (manželky), dítěte nebo jiné blízké osoby, jejichž zdravotní postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany II. stupně, nebo III. stupně,

pokud se písemně předem zaváže, že vrátí poměrnou část vyplaceného příspěvku v případě, že přestane plnit podmínky pro jeho přiznání. Příspěvek nebo jeho poměrná část se nevrací v případě, že zemře občan, kterému byl vyplacen, nebo dítě, jehož rodičům byl vyplacen.

Příspěvek lze z důvodu dopravy téže zdravotně postižené osoby poskytnout pouze jednomu vlastníku nebo provozovateli motorového vozidla, a to tomu, koho určí osoba, jež má být dopravována.

Dávka se poskytuje na období kalendářního roku.

Výše příspěvku činí:

- pro občany, jejichž zdravotní postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany III. stupně, a pro rodiče dítěte uvedeného v odstavci 1 písm. c) 4 200 Kč u jednostopého vozidla a 9 900 Kč u ostatních vozidel
- pro občany, jejichž zdravotní postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany II. stupně, 2 300 Kč u jednostopého vozidla a 6 000 Kč u ostatních vozidel.

Pokud občan splňuje podmínky pro poskytování více příspěvků, snižuje se výše druhého a každého dalšího příspěvku o 420 Kč u jednostopého vozidla a o 2 124 Kč u ostatních vozidel. Jsou-li splněny podmínky pro přiznání příspěvku na provoz motorového vozidla až v průběhu kalendářního roku, výše tohoto příspěvku činí poměrnou část z uvedených částek.

Občanu, který ze závažných důvodů ujede více než 9 000 km za kalendářní rok, se výše příspěvku vyplaceného v tomto kalendářním roce zvyšuje.

5.2.6. Příspěvek na individuální dopravu (§ 37)

Jedná se o jednorázovou, nárokovou dávku sociální péče, kterou poskytuje obecní úřad obce s rozšířenou působností. Je určen občanu s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí (příloha č. 11 písm. a) až g): Těžké vady nosného nebo pohybového ústrojí).

Za podmínky, že:

- se pravidelně individuálně dopravuje
- není vlastníkem nebo provozovatelem motorového vozidla
- není občanem, který je dopravován motorovým vozidlem, na jehož provoz je přiznán příspěvek
- se zaváže písemně předem, že vrátí poměrnou část vyplaceného příspěvku v případě, že přestane plnit podmínky pro přiznání příspěvku na individuální dopravu (Příspěvek nebo jeho poměrná část se nevrací v případě, že zemře občan, kterému byl vyplacen, nebo dítě, jehož rodičům byl vyplacen).

Dávka se poskytuje na období kalendářního roku a činí 6 500 Kč.

Jsou-li splněny podmínky pro přiznání příspěvku až v průběhu kalendářního roku, výše příspěvku činí poměrnou část z výše uvedené částky.

5.2.7. Příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu (§ 45)

Jedná se o opakující se, obligatorní dávku sociální péče, kterou poskytuje pověřený obecní úřad. Je určen občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí (příloha č. 11: Těžké vady nosného nebo pohybového ústrojí). Pokud tyto občany užívají bezbariérový byt.

Výše dávky činí 400 Kč měsíčně.

5.2.8. Příspěvek na úhradu za užívání garáže (§ 45)

Jedná se o opakující se, nenárokovou dávku sociální péče, poskytuje pověřený obecní úřad. Je určen občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí (příloha č. 11: Těžké vady nosného nebo pohybového ústrojí). Pokud tyto občany užívají bezbariérový byt.

Výše dávky činí až 200 Kč měsíčně.

5.2.9. Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany (§ 31)

Poskytuje obecní úřad obce s rozšířenou působností. Je určen občanům starším jednoho roku s těžkým zdravotním postižením (uvedeným v příloze č. 8: Zdravotní postižení odůvodňující přiznání mimořádných výhod), které podstatně omezuje jejich pohybovou nebo orientační schopnost. Těm se podle druhu a stupně postižení poskytují mimořádné výhody I. (průkaz TP), II. (průkaz ZTP) nebo III. stupně (průkaz ZTP/P).

Zdravotní stav občana posuzuje lékař úřadu práce. O posouzení zdravotního stavu žádá úřad nikoli občan.

Některé výhody, které vyplývají z přiznání průkazů TP, ZTP a ZTP/P jsou uvedeny v příloze č. 9: Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany. Další úlevy a slevy jsou upraveny v právních předpisech jiných resortů (např. vyšší sazba, o kterou se snižuje základ pro daň z příjmů, je-li poplatník držitelem průkazu ZTP/P – ministerstvo financí; bezplatné užití dálnic a rychlostních silnic, vyhrazená místa k parkování – ministerstvo dopravy apod.).

5.2.10. Bezúročné půjčky (§ 57)

Poskytuje obecní úřad obce s rozšířenou působností. Bezúročná půjčka může být poskytnuta občanům, kteří splňují podmínky pro přiznání příspěvku na zakoupení motorového vozidla.

Výše půjčky je až 40 000 Kč. Půjčku je nezbytné splatit nejpozději do 5 let. Úřad uzavře s občanem písemnou smlouvu obsahující ujednání o lhůtách splatnosti a výši splátek. Poskytnutí půjčky není nárokové, jde o nenárokovou formu pomoci.

6 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách mají osoby se zdravotním postižením nárok na **Příspěvek na péči (§ 7 až 30)**. Nárok na příspěvek má osoba uvedená v § 4 odst. 1, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Výše příspěvku na péči je stanovena ve čtyřech stupních odpovídajících stupni závislosti osoby. Rozdílně jsou také stanoveny výše příspěvku pro děti do 18ti let a pro dospělé.

Pro osoby do 18ti let věku

- a) stupeň I (lehká závislost) 3000 Kč
- b) stupeň II (středně těžká závislost) 5000 Kč
- c) stupeň III (těžká závislost) 9000 Kč
- d) stupeň IV (úplná závislost) 11 000 Kč

Pro osoby starší 18ti let věku

- a) stupeň I (lehká závislost) 2000 Kč
- b) stupeň II (středně těžká závislost) 4000 Kč
- c) stupeň III (těžká závislost) 8000 Kč
- d) stupeň IV (úplná závislost) 11 000 Kč

Prostřednictvím sociálních služeb dle Zákona č. 108/2006 Sb. je zajišťována také pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Obsah základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb stanoví prováděcí předpis.

Cílem služeb bývá mimo jiné

- podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu,
- rozvíjet schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život.

Sociální služby zahrnují

- a) sociální poradenství,
- b) služby sociální péče,
- c) služby sociální prevence.

6.1. Sociální poradenství (§ 37)

Sociální poradenství poskytuje osobám v nepříznivé sociální situaci potřebné informace přispívající k řešení jejich situace. Základní sociální poradenství je součástí všech druhů sociálních služeb. Odborné sociální poradenství zahrnuje občanské poradny, manželské a rodinné poradny, sociální práci s osobami společensky nepřizpůsobenými, poradny pro oběti trestných činů a domácího násilí, sociálně právní poradenství pro osoby se zdravotním postižením a seniory. Služba obsahuje poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje bezúplatně.

6.2. Služby sociální péče (§ 38)

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit důstojné prostředí a zacházení.

6.2.1. Osobní asistence (§ 39)

Je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje v přirozeném sociálním prostředí osobám, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v předem dohodnutém rozsahu a čase. Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

6.2.2. Pečovatelská služba (§ 40)

Je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb. Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu. Bezúplatně se poskytuje rodinám, ve kterých se narodily současně tři nebo více dětí.

6.2.3. Podpora samostatného bydlení (§ 43)

Je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje v domácnosti osob. Služba obsahuje pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

6.2.4. Odlehčovací služby (§ 44)

Jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek. Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

6.2.5. Centra denních služeb (§ 45)

Poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

6.2.6. Denní stacionáře (§ 46)

Poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení a výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

6.2.7. Týdenní stacionáře (§ 47)

Poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Služba obsahuje stejné úkony jako v denních stacionářích a je za úplatu.

6.2.8. Domovy pro osoby se zdravotním postižením (§ 48)

Poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

6.2.9. Chráněné bydlení (§ 51)

Je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení. Osobě se zdravotním postižením se poskytuje podle potřeby podpora osobního asistenta. Služba obsahuje poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

6.2.10. Služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (§ 52)

Poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.

6.3. Služby sociální prevence (§ 53)

Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích sociálních jevů.

6.3.1. Raná péče (§ 54)

Je terénní, popřípadě ambulantní služba poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. Služba je poskytována především v domácnosti. Služba obsahuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje bezúplatně.

6.3.2. Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením (§ 66)

Jsou ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením. Služba obsahuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů.

6.3.3. Sociálně terapeutické dílny (§ 67)

Jsou ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umísitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.

7 DŮCHODOVÉ POJIŠTĚNÍ

Další možností, jak zlepšit finanční situaci osob se zdravotním postižením, je pobírat peněžité dávky na základě přiznání částečného nebo plného invalidního důchodu.

Základním hmotně-právním předpisem, který upravuje nároky na důchody ze základního důchodového pojištění, způsob stanovení výše důchodů a podmínky pro jejich výplatu, je zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Dávky důchodového pojištění pro osoby se zdravotním postižením:

- plný invalidní,
- částečný invalidní.

Plný nebo částečný invalidní důchod se přiznává na základě invalidity, neboli dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (DNZS). Jedná se o patologický stav tělesných sil pojištěnce, který dlouhodobě snižuje jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti na míru stanovenou zákonem. Základem posuzování invalidity je zjištění zbývajících pracovního potenciálu. To posuzuje posudková komise na základě Vyhlášky 284/95 Sb., která svými přílohami podrobně vymezuje posudková kritéria.

7.1. Plný invalidní důchod (§ 39 až 42)

Pojištěnec je plně invalidní, jestliže z důvodu DNZS:

- a) poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66 % (jde o typ tzv. obecné invalidity, kde se sleduje míra poklesu výdělečné činnosti), nebo
- b) je schopen pro zdravotní postižení soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek (jde o typ tzv. fyzické invalidity, kde se odškodňuje samotné zdravotní postižení - § 39 Z 155/95 Sb.).

7.2. Částečný invalidní důchod (§ 44)

Pojištěnec částečně invalidní, jestliže z důvodu DNZS:

- a) poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 33 % (jde o typ tzv. obecné invalidity), nebo
- b) jestliže mu DNZS značně ztěžuje obecné životní podmínky (opět jde o typ tzv. fyzické invalidity, kde se odškodňuje samotné zdravotní postižení).

Výše důchodu se skládá ze dvou složek, a to

- ze základní výměry (stanovené pevnou částkou stejnou pro všechny druhy důchodů bez ohledu na délku doby pojištění a výši výdělků) a
- z procentní výměry.

ZÁVĚR

Od začátku komunismu v padesátých letech 20. století, kdy byli lidé s postižením bezmála 40 let umístováni ve smyslu segregace (vylučování, oddělování) ve speciálních školách pro tělesně postižené, popř. v ústavech sociální péče, se toho hodně změnilo.

V době totality představitelé tehdejší režimu usilovali o to, aby životní podmínky v ústavech pro tělesně postižené byly cenzurovány, stejně jako ostatní sociální problémy (drogová závislost mládeže, alkoholismus, výskyt psychických poruch, sociální podmínky důchodců atd.), které se ani v době socialismu nepodařilo potlačit. Svědectví klientů těchto ústavů však přetrvávají dodnes a většina z těch, s kterými jsem měla možnost mluvit, nemluví o ústavních zařízeních v době komunismu pozitivně.

Je nutné však podotknout, že každý systém péče o osoby s postižením, ať už ten současný nebo v době komunismu, má své pozitivní i negativní stránky.

Jako pozitivní aspekt ústavních zařízení v době totality je hodnocena jejich rozsáhlá podpůrná péče, díky které se lidem s tělesným postižením dostávalo veškeré péče na jednom místě. Výsledkem takto nastolené péče byla větší pohyblivost klientů.

V dnešní době, v době 21. století mají lidé s tělesným postižením dānu naprostou svobodu. Mohou se rozhodnout o své léčbě, vzdělání, rehabilitacích, práci a jakou sociální službu si zvolí. Jenže tato svoboda je v podstatě jen zdánlivá. Lidé s tělesným postižením v dnešní době každodenně naráží na překážky a to zejména v oblasti stavebních řešení budov, technických řešení veřejné dopravy a nejvíce v oblasti nedostatku financí.

V mé bakalářské práci jsem se zaměřila na podporu člověka s tělesným postižením. Popsala jsem tělesné postižení na základě DMO a připojila kazuistiku člověka s tímto postižením. Cílem mé práce bylo zmapovat systém pomoci a podpory osob se znevýhodněním v rámci České republiky, což se mi podle mého názoru podařilo. Mojí snahou bylo i srovnání současného stavu péče a podpory o tělesně postižené jedince a jejich rodiny s dřívější dobou ve smyslu doby komunismu. Zde již odpověď nevidím tak jednoznačnou, jelikož je vše vždy o lidech, kteří pracují s lidmi s tělesným postižením a v tom, zda svoji práci vnímají jako smysluplnou činnost a možnost vlastní seberealizace.

Podle mého názoru to vystihuje tento citát:

„Pomáhat znamená pomoci lidem, aby si dokázali pomoci sami.“

SEZNAM LITERATURY

Monografie:

FISHER SLAVOMIL, ŠKODA JIŘÍ. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0

GIDDENS, Anthony. *Sociologie*. Vyd. 1, dot. Praha: Argo, 1999. 595 s. ISBN 80-7203-124-4

KÁBELE, František. *Rozvíjení hybnosti a řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. Vyd. 1. Brno: Paido, 2000. 123 s. ISBN 80-85931-91-5

KRAUS, Josef a kol. *Dětská mozková obrna*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. 344 s. ISBN 80-247-1018-8

KRAUS, Jaroslav, ŠANDERA, Oldřich. *Tělesně postižené dítě: psychologie, léčba a výchova*. Vyd. 2, přeprac. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1975. 206 s.

LESNÝ, Ivan. *Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa*. Vyd. 2, přeprac. Praha: Avicenum, 1985. 233 s. ISBN 08-088-85

MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Vyd. 2, rozš. a přeprac. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. 144 s. ISBN 80-85850-24-9.

OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. Vyd 1. Brno, Masarykova univerzita, 2003. 52 s. ISBN 80-210-3242-1

PIPEKOVÁ, Jarmila a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno, Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6

TICHÝ, Jiří. *Neurologie*. Vyd. 2, dopl. Praha: Karolinum, 1998. 340 s. ISBN 80-7184-750-X

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3, rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

ZELINKOVÁ, Olga. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. 208 s. ISBN 80-7178-544-X

ÚZ č. 701. *Sociální pojištění 2009: pojistné na sociální zabezpečení, nemocenské pojištění, důchodové pojištění, organizace a provádění sociálního zabezpečení, penzijní připojištění a penzijní pojištění*, Vyd. 1., podle stavu k 12. 1. 2009, Ostrava: Sagit a.s., 2009. 384 s. ISBN 978-80-7208-716-7

ÚZ č. 702. *Sociální zabezpečení 2009: státní sociální podpora, sociální péče, sociální služby, pomoc v hmotné nouzi, životní a existenční minimum, působnost v jednotlivých orgánech*, Vyd. 1., podle stavu k 12. 1. 2009, Ostrava: Sagit a.s., 2009. 272 s. ISBN 978-80-7208-717-4

Časopis:

ŠTĚPÁNOVÁ, Markéta, BLATNÝ, Marek. *Život se sourozencem s mentálním postižením: kritické momenty, zdroje zvládání a osobní růst*. Československá psychologie, 2009, roč. 53, č. 3, s. 241-260. ISSN 0009-062X

Elektronické zdroje:

MPSV. *Zdravotní postižení* [online]. Praha: MPSV, poslední aktualizace 9. 4. 2009 [cit. 6-8-2009]. Dostupné na WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/8>

MPSV. *Sociální služby* [online]. Praha: MPSV, [cit. 6-8-2009]. Dostupné na WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/9>

MPSV. *Důchodové pojištění* [online]. Praha: MPSV, [cit. 16-8-2009]. Dostupné na WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/9>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Souhlas se zpracováním údajů (text).....	1
Příloha č. 2: Diparéza (obrázek).....	2
Příloha č. 3: Hemiparéza (obrázek)	2
Příloha č. 4: Kvadruparéza (obrázek).....	3
Příloha č. 5: Rozdělení forem DMO podle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) (tabulka).....	4
Příloha č. 6: Výskyt mentální retardace (MR) u postižených s DMO (tabulka).....	4
Příloha č. 7: Výskyt poruch řeči u postižených s DMO (tabulka).....	5
Příloha č. 8: Zdravotní postižení odůvodňující přiznání mimořádných výhod (text).....	6
Příloha č. 9: Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany (text).....	9
Příloha č. 10: Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro těžce zdravotně postižené občany (text).....	10
Příloha č. 11: Těžké vady nosného nebo pohybového ústrojí (text).....	13

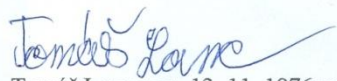
PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Souhlas se zpracováním údajů (text)

Souhlas se zpracováním údajů o mé osobě v kazuistice

Souhlasím s tím, že budou zpracovány a zveřejněny údaje o mé osobě a mém tělesném postižení v kazuistické studii v rámci bakalářské práce studentky Aleny Votrubové, nar. 7. 1. 1987, bytem Široká 17, Říčany 251 01.

V Praze dne 23. 7. 2007

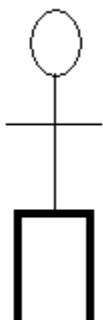


Tomáš Lanc, nar. 13. 11. 1976 v Praze

Bytem: Hornomlýnská 1255, Praha 4

Příloha č. 2: Diparéza (obrázek)

Lokalizace



Klinický obraz



Příloha č. 3: Hemiparéza (obrázek)

Lokalizace



Klinický obraz



Příloha č. 4: Kvadruparéza (obrázek)

Lokalizace



Klinický obraz



Příloha č. 5: Rozdělení forem DMO podle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) (tabulka)

KÓD DLE MKN – 10	SLOVNÍ OZNAČENÍ
G80	Mozková obrna
G80.0	Spastická kvadрупlegická mozková obrna
G80.1	Spastická diplegická mozková obrna
G80.2	Spastická hemiplegická mozková obrna
G80.3	Dyskinetická mozková obrna
G80.4	Ataktická mozková obrna
G80.8	Smíšená mozková obrna
G80.9	Neurčená mozková obrna

(Zdroj: Fisher, Slavomil, Škoda, Jiří. Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním.)

Příloha č. 6: Výskyt mentální retardace (MR) u postižených s DMO (tabulka)

Forma DMO	Těžká MR	Středně těžká MR	Lehká MR
Diparetická	5,3 %	16,7 %	26,7 %
Hemiparetická	1,2 %	13,7 %	20,0 %
Kvadрупaretická	8,3 %	25,0 %	33,3 %
Dyskinetická	0 %	19,5 %	21,9 %
Hypotonická	6,2 %	31,2 %	37,5 %

(Zdroj: Kábele, František. Rozvíjení hybnosti a řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou.)

Příloha č. 7: Výskyt poruch řeči u postižených s DMO (tabulka)

Porucha řeči	Výskyt
Dysartrie	10,6 %
Anartrie	2,8 %
Dyslalie	10,2 %
Opožděný vývoj řeči	6,4 %
Koktavost	1,9 %
Palatolalie	1,8 %

(Zdroj: Klenková, J. Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí.)

Příloha č. 8: Zdravotní postižení odůvodňující přiznání mimořádných výhod (text)

Zdravotní postižení odůvodňující přiznání mimořádných výhod

1. Mimořádné výhody I. stupně (průkaz TP) se přiznávají v těchto případech postižení:

- a. ztráta úchopové schopnosti nebo podstatné omezení funkce horní končetiny (například na podkladě anatomické ztráty, ochrnutí, mízního edému),
- b. anatomická ztráta několika prstů na obou nohou nebo ztráta nohy v kloubu Lisfrankově nebo Chopartově a výše, až po bérce včetně,
- c. podstatné omezení funkce jedné dolní končetiny (například na podkladě funkčně významné parézy, arthrózy kolenního a kyčelního kloubu nebo ztuhnutí kolenního nebo kyčelního kloubu, stav po endoprotéze, pakloub bérce nebo stehenní kosti),
- d. omezení funkce dvou končetin (například na podkladě lehké hemiparézy nebo paraparézy, arthrotického postižení nosných kloubů obou dolních končetin, těžší formy osteoporózy, polyneuropathií, nestability kloubů nebo zánětlivého postižení kloubů),
- e. zkrácení jedné dolní končetiny přesahující 5 cm,
- f. onemocnění páteře, stavy po operacích a úrazech páteře s přetrvávajícími projevy nervového a svalového dráždění, insuficiencí svalového korzetu a omezením pohyblivosti dvou úseků páteře,
- g. postižení cév jedné dolní končetiny s těžkou poruchou krevního oběhu (například s trofickými změnami, mízním edémem, klaudikacemi, s těžkým varikosním komplexem),
- h. záchvatová onemocnění různé etiologie spojená s opakovanými poruchami vědomí, závrativé stavy.

2. Mimořádné výhody II. stupně (průkaz ZTP) se přiznávají v těchto případech postižení:

- a. anatomická ztráta jedné dolní končetiny v kolenním kloubu nebo ve stehně,
- b. anatomická ztráta dvou dolních končetin v úrovni Lisfrankova nebo Chopartova kloubu a výše,
- c. funkční ztráta jedné dolní končetiny (například na podkladě těžkého ochrnutí nebo plegie této končetiny, těžké poruchy funkce dvou nosných kloubů se ztrátou oporné funkce končetiny, stav po implantaci endoprotézy kyčelního nebo kolenního kloubu s výrazně porušenou funkcí operované končetiny),

- d. současné funkčně významné anatomické ztráty části jedné dolní a jedné horní končetiny nebo obou horních končetin v úrovni bérce a předloktí,
- e. podstatné omezení funkce dvou končetin se závažnými poruchami pohybových schopností při neurologických, zánětlivých, degenerativních nebo systémových onemocněních pohybového aparátu (například na podkladě středně těžké hemiparézy nebo paraparézy, podstatného omezení hybnosti kyčelních a kolenních kloubů zpravidla o polovinu rozsahu kloubních exkurzí),
- f. onemocnění páteře, stavy po operacích a úrazech páteře se středně těžkými parézami, výraznými svalovými atrofiemi nebo se závažnými deformitami páteře s omezením exkurzí hrudníku, ztuhnutím tří úseků páteře,
- g. těžké obliterace cév obou dolních končetin s výrazným trofickým postižením a výrazným funkčním postižením hybnosti,
- h. chronické vady a nemoci interního charakteru značně ztěžující pohybovou schopnost (například vady a nemoci srdce s recidivující oběhovou nedostatečností trvající i při zavedené léčbě, dechová nedostatečnost těžkého stupně, selhání ledvin ve stadiu dialýzy, provázené závažnými tělesnými komplikacemi, onkologická onemocnění s nepříznivými průvodními projevy na pohybové a orientační schopnosti),
- i. oboustranná praktická hluchota nebo oboustranná úplná hluchota, kterou se rozumí celková ztráta slyšení podle Fowlera 85 % a více, více než 70 dB,
- j. kombinované postižení sluchu a zraku (hluchoslepota) funkčně v rozsahu oboustranné středně těžké nedoslýchavosti, kterou se rozumí ztráta slyšení podle Fowlera 40 až 65 %, a oboustranné silné slabozrakosti, kterou se rozumí zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí na lepším oku, kdy maximum je menší než 6/60 a minimum rovné nebo lepší než 3/60, nebo oboustranné koncentrické omezení zorného pole v rozsahu 30 až 10 stupňů, i když centrální ostrost není postižena,
- k. oboustranná těžká ztráta zraku, kterou se rozumí zraková ostrost s korekcí, kdy maximum je menší než 3/60, minimum rovné nebo lepší než 1/60.

3. Mimořádné výhody III. stupně (průkaz ZTP/P) se přiznávají v těchto případech postižení:

- a. anatomická ztráta dolní končetiny vysoko ve stehně s anatomicky nepříznivým pahýlem nebo v kyčli,
- b. anatomická ztráta obou končetin v bércích a výše nebo ztráta podstatných částí horní a dolní končetiny v úrovni pažní a stehenní kosti nebo obou horních končetin v úrovni paže,
- c. funkční ztráta jedné dolní a jedné horní končetiny (například hemiplegie nebo těžká hemiparéza) nebo obou dolních končetin (například paraplegie nebo těžká paraparéza, těžká destrukce kolenních a kyčelních kloubů),
- d. těžká porucha pohyblivosti na základě závažného postižení několika funkčních celků pohybového ústrojí s odkázaností na vozík pro invalidy; funkčním celkem se přitom rozumí trup, páteř, pánev, končetina,
- e. disproporční poruchy růstu provázené závažnými deformitami končetin a hrudníku, pokud tělesná výška po ukončení růstu nepřesahuje 120 cm,
- f. dlouhodobé multiorgánové selhávání dvou a více orgánů, pokud podstatně omezuje pohybové nebo orientační schopnosti,
- g. neúplná (praktická) nevidomost obou očí, kterou se rozumí zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60, 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 st. kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, nebo úplná nevidomost obou očí, kterou se rozumí ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybou světelnou projekcí,
- h. oboustranná praktická hluchota nebo oboustranná úplná hluchota u dětí do ukončení povinné školní docházky,
- i. střední, těžká a hluboká mentální retardace nebo demence, je-li IQ horší než 50, psychické postižení s dlouhodobými těžkými poruchami orientace a komunikace,
- j. j. kombinované těžké postižení sluchu a zraku (hluchoslepota) funkčně v rozsahu oboustranné těžké nedoslýchavosti až hluchoty, kterou se rozumí ztráta slyšení podle Fowlera horší než 65 %, a oboustranné těžké ztráty zraku.

4. Mimořádné výhody I., II. nebo III. stupně lze přiznat také v případech nemocí a vad neuvedených v bodech 1 až 3, pokud podstatně omezují pohybovou nebo orientační schopnost, a to podle rozsahu a tíže funkčních důsledků srovnatelných s indikacemi uvedenými v bodech 1 až 3.

(Zdroj: ÚZ č. 702. Sociální zabezpečení 2009, Příloha č. 2 k vyhlášce č. 182/1991 Sb.)

Příloha č. 9: Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany (text)

Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany

1. Mimořádné výhody I. stupně (průkaz TP):

- a. nárok na vyhrazené místo k sedění ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu osob kromě autobusů a vlaků, v nichž je místo k sedění vázáno na zakoupení místenky,
- b. nárok na přednost při osobním projednávání jejich záležitostí, vyžaduje-li toto jednání delší čekání, zejména stání; za osobní projednávání záležitostí se nepovažuje nákup v obchodech ani obstarávání placených služeb ani ošetření a vyšetření ve zdravotnických zařízeních.

2. Mimořádné výhody II. stupně (průkaz ZTP):

- a. výhody uvedené v bodu 1,
- b. nárok na bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob (tramvaji, trolejbusy, autobusy, metrem),
- c. sleva 75 % jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě a 75 % sleva v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy.

3. Mimořádné výhody III. stupně (průkaz ZTP/P):

- a. výhody uvedené v bodech 1 a 2,
- b. nárok na bezplatnou dopravu průvodce veřejnými hromadnými dopravními prostředky v pravidelné vnitrostátní osobní hromadné dopravě
- c. u úplně nebo prakticky nevidomých nárok na bezplatnou přepravu vodícího psa, pokud je nedoprovází průvodce.

4. Dále může být držitelům průkazů ZTP a ZTP/P poskytnuta sleva poloviny vstupného na divadelní a filmová představení, koncerty a jiné kulturní a sportovní podniky. Při poskytování slevy držitelům průkazu ZTP/P se poskytne sleva poloviny vstupného i jejich průvodci.

(Zdroj: ÚZ č. 702. Sociální zabezpečení 2009, Příloha č. 32 k vyhlášce č. 182/1991 Sb.)

Příloha č. 10: Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro těžce zdravotně postižené občany (text)

Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro těžce zdravotně postižené občany

Název pomůcky (Nejvyšší výše příspěvku z ceny)

I. Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro tělesně postižené občany

1. Polohovací zařízení do postele (100%)
2. Obracecí postel (50%)
3. Vodní zvedák do vany (50%)
4. vypuštěno
5. Přenosný WC (100%)
6. Psací stroj se speciální klávesnicí (50%)
7. Motorový vozík pro invalidy (50%)
8. Židle na elektrický pohon (50%)
9. Přenosná rampa (pro vozíčkáře) (100%)
10. Zvedací zařízení vozíku na střeche automobilu (100%)
11. Zařízení pro přesun vozíčkáře do automobilu (100%)
12. Individuální úpravy automobilu (100%)
13. vypuštěno
14. Dvoukolo (50%)
15. Šikmá schodišťová plošina (100%)
16. Signalizační pomůcka SYM-BLIK (80%)
17. Koupací lůžko (50%)
18. Nájezdové lyžiny pro vozíčkáře (100%)

II. Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro sluchově postižené občany

Název pomůcky (Nejvyšší částka příspěvku z ceny)

1. Víceúčelová pomůcka pro sluchově postižené děti (100%, nejvýše 3 000 Kč)
2. Signalizace bytového a domovního zvonku včetně instalace (100%)
3. Signalizace telefonního zvonku (100%)
4. Světelný nebo vibrační budík (50%)
5. Telefonní přístroj se zesílením zvuku pro nedoslýchavé včetně světelné indikace zvonění (75%, nejvýše 7000 Kč)
6. Psací telefon pro neslyšící včetně světelné indikace zvonění^{*)} (75%)

7. Přídavná karta k osobnímu počítači a programové vybavení emulující psací telefon pro neslyšící^{*)} (75%)
8. Fax^{**)} (75%)
9. Faxmodemová karta k počítači a programové vybavení emulující fax^{**)} (75%)
10. Videorekordér (50%, nejvýše 7 000 Kč)
11. Televizor s teletextem (50%, nejvýše 7 000 Kč)
12. Doplnění stávajícího televizoru o dekodér teletextu včetně montáže (50%)
13. Přenosná naslouchací souprava s rádiovým nebo infračerveným přenosem (75%)
14. Přístroj k nácviku slyšení (50%)
15. Bezdrátové zařízení umožňující poslech televizního přijímače nebo jiného zdroje zvuku (50%)
16. Individuální přenosný naslouchací přístroj (nejde o elektronické sluchadlo) (50%)
17. Individuální indukční smyčka (50%)
18. Indikátor hlásek pro nácvik v rodině (75%)

^{*)} Příspěvek lze poskytnout pouze na jednu z pomůcek uvedených v bodech 6 a 7.

^{**)} Příspěvek lze poskytnout pouze na jednu z pomůcek uvedených v bodech 8 a 9.

III. Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro zrakově postižené občany

Název pomůcky (Nejvyšší částka příspěvku z ceny)

1. Kancelářský psací stroj (50%)
2. Slepecký psací stroj (100%)
3. Magnetofon, diktafon (100%, nejvýše 4500 Kč)
4. Čtecí přístroj pro nevidomé s hmatovým výstupem (100%)
5. Digitální čtecí přístroj pro nevidomé s hlasovým výstupem (100%)
6. Kamerová zvětšovací televizní lupa (100%)
7. Digitální zvětšovací televizní lupa (100%)
8. Adaptér hlasového syntetizátoru pro nevidomé (100%)
9. Programové vybavení pro digitální zpracování obrazu (100%)
10. Tiskárna reliéfních znaků pro nevidomé (100%)
11. Jehličková jednobarevná tiskárna (50%)
12. Zařízení pro přenos digitálních dat (100%)
13. Elektronický zápisník pro nevidomé s hlasovým nebo hmatovým výstupem (100%)
14. Elektronická komunikační pomůcka pro hluchoslepé (100%)
15. Kapesní kalkulačka s hlasovým výstupem (100%)

16. Slepecké hodinky a budíky s hlasovým nebo hmatovým výstupem (50%)
17. Měřicí přístroje pro domácnost s hlasovým nebo hmatovým výstupem (50%)
18. Indikátor barev pro nevidomé (100%)
19. Elektronická orientační pomůcka pro nevidomé a hluchoslepé (100%)
20. Dvoukolo (50%)

(Zdroj: ÚZ č. 702. Sociální zabezpečení 2009, Příloha č. 4 k vyhlášce č. 182/1991 Sb.)

Příloha č. 11: Těžké vady nosného nebo pohybového ústrojí (text)

Těžké vady nosného nebo pohybového ústrojí

- a. amputační ztráta dolní končetiny ve stehně,
- b. amputační ztráta obou dolních končetin v bérkách a výše,
- c. funkční ztráta obou dolních končetin na podkladě úplné obrny (plegie) nebo těžkého ochrnutí,
- d. ankyloza obou kyčelních kloubů nebo obou kolenních kloubů nebo podstatné omezení hybnosti obou kyčelních nebo kolenních kloubů pro těžké kontraktury v okolí,
- e. současné ztuhnutí všech úseků páteře s těžkým omezením pohyblivosti alespoň dvou nosných kloubů dolních končetin,
- f. těžké funkční poruchy pohyblivosti na základě postižení několika funkčních celků pohybového ústrojí s případnou odkázaností na vozík pro invalidy; funkčním celkem se přitom rozumí trup, pánev, končetina,
- g. disproporční poruchy růstu provázané deformitami končetin a hrudníku, pokud tělesná výška postiženého po ukončení růstu nepřesahuje 120 cm,
- h. anatomická nebo funkční ztráta končetiny.

(Zdroj: ÚZ č. 702. Sociální zabezpečení 2009, Příloha č. 5 k vyhlášce č. 182/1991 Sb.)